

2020 July

No.

52-2

神奈川県病院薬剤師会雑誌 52巻2号 通算第154号 令和2年7月30日発行(年3回3・7・11月発行) ISSN 2188-2649

神奈川県病院薬剤師会雑誌

Journal of Kanagawa Society of Hospital Pharmacists

Light【電子版】



公益社団法人 神奈川県病院薬剤師会

神病薬誌

JKSHP

巻頭言	お金は後からついてくる／山田英紀	1
第 19 回	お知らせ かながわ薬剤師学会のお知らせ（開催中止）	2
第 18 回	研修会報告 かながわ薬剤師学会 学術情報委員会／上村忠聖・松村泰之	3
第 18 回	かながわ薬剤師学会 GTA 委員会活動 くすり Get the Answers かながわ推進委員会／八城 学	
第 18 回	かながわ薬剤師学会 分科会 I 業務検討委員会／芦塚拓也	
第 51 回	病院・診療所・薬局実務者講習会 教育研修委員会／権平由貴・三井満里奈・森 直樹・中村麻衣子	
	映画に登場する薬物あれこれ part 37／西村 浩	17
	精神科専門薬剤師への道 ³⁴ 文学作品に登場する精神医学：チェーホフ短編集から／西村 浩	18
	神奈川の花／金光継道	19
DI の頁	新しい腎性貧血治療薬について教えてください。 横浜旭中央総合病院／松丸美佳	21
	皮下投与が可能な薬剤にはどのような薬剤がありますか？ 国際親善総合病院／島崎信夫	
くすりの広場	野間俊吾・竹井 静・西野美沙・伊藤しのぶ・原田 優 石井紗代子・香取史菜・黒川彩香・松本麻美・滝川亜弥	26

巻頭言

お金は後からついてくる



大和市立病院
山田 英紀

1996年4月の診療報酬改定で、院内感染防止対策の評価として、1日5点の入院環境料の加算が新設された。我が国で初めて、診療報酬上で点数化された感染対策費である。当院でもICTが設置され、私は薬剤師としてそのメンバーに加わった。感染対策について何も知らなかった私はある研究会に参加して欧米の感染制御について学んだ。当時、感染制御に関する日本の常識は欧米のそれとはかけ離れていた。今では患者に触れるときには手袋、マスク、ゴーグル等の装着は当たり前だが、当時の日本ではまだ素手で採血がされているような状況だった。欧米で使用されている感染防御具は日本ではまだ高価であり、一行為毎に使い捨てていたら一体どれだけの費用がかかるのだろう、本当に必要なかと疑問に思ってしまうほどだった。“そんなこと考えなくていい、正しいことさえしていればお金なんか後からついてくるから。”師匠の言葉だった。

当院は2014年に化学療法センターを開設して毎月およそ500人の患者さんが治療に通っている。最近のがん治療で最も注目すべき傾向は、新規薬剤の開発により注射抗がん剤以外にも経口抗がん剤で治療を行う患者さんが増えたことである。在宅治療によって患者の負担は軽減され、生活の質が向上する一方でいかに安全に治療を継続していくかが課題となる。経口薬でも高い治療効果が得られるようになった反面、副作用のコントロールが重要となる。入院加療であれば患者さんの病室へ訪問して毎日様子をうかがうことができるが、在宅患者さんへのアプローチはそう簡単では無い。急速に拡大している病院薬剤師業務に増員が追い付かず、在宅治療で内服抗がん剤を服用している患者さんへの関与に二の足を踏んでいた。そこで私は近隣の薬局薬剤師に協力を要請した。定期的に患者さんに電話をかけ服薬状況や副作用症状のモニタリングをお願いした。薬局薬剤師は業務の趣旨に賛同し快く引き受けてくれた。その情報を共有し副作用グレードに応じて早期に対応できるよう体制を整えた。

2020年診療報酬改定では外来化学療法加算に連携充実加算が新設された。新しい取り組みが評価されたことは大変うれしい。当院ではレジメンの公開といくつかの書式を整えることで算定開始することができた。確かに後からついてきた。二十数年前の師匠の言葉を思い出した。慢性的なマンパワー不足の中で、それでも薬剤師としての使命感に駆られ、薬局薬剤師に協力を求め、苦し紛れにひねり出した策であったが、在宅がん薬物治療の安全性を向上させ、診療報酬にもつながった。最近では患者さんが体調の変化が現れた時、最初に相談するのが薬局薬剤師であることも増えてきたという。地域の薬局薬剤師とのつながり、信頼関係が得られたことがお金以上の大きな収穫だった。



第19回 かながわ薬剤師学術大会のお知らせ(開催中止)

学術大会実行(合同)委員会

2021年1月17日(日)にパシフィコ横浜 ノースで予定されておりました本年度の学術大会は、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の影響を受け現在の状況では終息の見通しが不透明な点から19年目を迎えます今大会の開催を中止することとなりました。会員発表の準備を進めていただいた会員各位におかれましては、大変申し訳ございません。また、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の終息の見通しが立ちましたら、代替的な機能をもたせた研修会等の同日開催も含め検討して参りたいと存じます。その際には、改めて、本会ホームページ及び誌面等でご連絡いたします。

ご理解いただきますよう何卒よろしくお願い申し上げます。



研修会報告

Committee report

第18回 かながわ薬剤師学術大会

学術情報委員会

一般財団法人神奈川県警友会けいゆう病院 上村 忠聖 神奈川県済生会湘南平塚病院 松村 泰之

2020年1月12日(日)に第18回かながわ薬剤師学術大会を開催しました。今回で18回を迎えるこの学術大会は神奈川県薬剤師会と神奈川県病院薬剤師会の協力により共催してきました。近年、薬学生らの参加も得て、参加者数1,500名を超える学術大会となり、発表する両会会員薬剤師にとっては全国規模の学会発表への登竜門的役割も担いながら成長してきました。

今大会は「いざ変革! 2020~その先へ~」をメインテーマとして、特別講演1題、県民公開講座1題、分科会3題、口頭発表10題、ポスター発表65題のプログラムが用意され、参加者は1,267名でした。神奈川県病院薬剤師会から学術情報委員会が神奈川県薬剤師会と共同で実行委員会を務めましたので学会開催報告をさせていただきます。

開催概要

日時: 2020年1月12日(日)

9:00 - 16:40 (8:30開場)

場所: パシフィコ横浜・会議センター

参加者: 1,267名 (内訳: 神奈川県病院薬剤師会会員535名、神奈川県薬剤師会会員481名、一般235名、学生16名)

○特別講演:

「地域フォーミュラリの意義と方法」

東京大学大学院医学系研究科

地域医薬システム学講座 今井 博久 先生

病院での院内フォーミュラリは徐々に浸透してきているが、地域フォーミュラリは新しい分野・言葉である。両者は混同されて使用される場合があるが、全く異なるものである。そもそもフォーミュラリとは、患者に対して有効性、安全性、経済性などの視点から選択されるべき医薬品集及び

使用指針である。院内フォーミュラリは院内の病院長ならびに特定の医師等の選択があり、院内採用薬や薬価差益等でも左右されることもある。また、希少疾病や高額医薬品などを対象とする場合もある。しかしながら、地域フォーミュラリの場合は日常的疾患で慢性疾患などを中心に開業医が一般的に使用する薬を対象としており、地元の医師会と薬剤師会双方が承知の上でなければ、そもそも成り立たない。このように院内フォーミュラリと地域フォーミュラリは全く異なるものである。

欧米では、米国の営利保険会社傘下の病院における院内フォーミュラリや、英国でのNICEが診療報酬支払で権限を持つ医療環境におけるローカル・フォーミュラリなどがあるが、こうした院内・地域フォーミュラリを参考にはできないが、わが国では医療制度が異なるため、そのまま使用することはできない。

中医協においてフォーミュラリ作成について診療報酬支払の可否が議論されたことは記憶に新しい。しかし、まずは地域医療の効率的な薬物治療の推進、患者アウトカムの向上、医師と薬剤師の連携などの観点から地域フォーミュラリの薬剤処方加算等について議論すべきである。前述したよ



特別講演: 今井 博久 先生

うに、地域フォーミュラリは地元医師会、薬剤師会の双方の合意が無ければならない。そのため、それぞれの委員からなる地域フォーミュラリ作成運営委員会などを立ち上げ、地域の医薬品シェア等も考慮しながら地域フォーミュラリを作成し、運用し、アウトカムを確立していくことが必要である。今年度診療報酬改定では議論にとどまるかもしれないが、次期診療報酬改定では、加算が付くことも考えられる。準備期間は少ないため、海外の応用でなくわが国独自の地域に根差した地域フォーミュラリを作成していく必要がある。

このように、院内フォーミュラリと地域フォーミュラリの違いから、地域フォーミュラリの特徴について分かりやすくご講演頂きました。

○県民公開講座：

「ロボットの可能性は無限大（働く場／役割／その将来）～ロボットは我々の健康生活をどのように変えるか？～」

東京大学 名誉教授 佐藤 知正 先生

ロボットには「人を知る」「人の役に立つ」「人を元気づける」という大きく3つの役割がある。「人を知る」とは人はどのような時にストレスを感じるのか、どのような時に疲労を感じるのかといったような人間感覚を計測、蓄積し、ロボットに学習させる。またどのような行動をするのか、例えばコップを持つときは腕をどのように伸ばすのかといった人間行動を計測、蓄積しロボットに学習させる。このような人間感覚や人間行動を知ること、人と同じような動きをロボットでも再現できる。「人の役に立つ」とは前述した人間感覚・行動を予測し、次の行動を行う。また、不自由な動きをフォローする。人間感覚・行動を蓄積し学習させることで、人間がやって欲しいことをロボットがやってくれる。また、動きをロボットがサポートしてくれるなど、まさに人の役に立つことができる。「人を元気づける」とはロボットによる教育や、意識向上などがある。「ロボットにボールを蹴るという事をやらせる。」という課題に取り組むとする。その際、ボールの位置をロボットに学習させるためには縦軸と横軸の平面が必要になり、XとYの関係を知らなければロボットに学習させることはできない。ボールを移動させるには始点(X,Y)と終点(X,Y)が必要になる等、ただ数学のテキストに取り組むのではなく、ロボットを使って数学を学ぶことができる。このように、人に興



県民公開講座：佐藤 知正 先生

味を持たせることもできる。

以上の様に、社会福祉の場面でもロボットの活用を研究されている先生らしい終始興味深いご講演でした。

○分化会 I：

薬薬連携推進のための病院薬剤師と薬剤師会の合同セミナー

「病院薬剤師と薬局薬剤師の情報共有 一方向の情報で患者を守れるか？～双方向の患者情報共有へ～」

【講演1】「地域包括ケアシステムにおける「地域完結型医療」を進めるために」

前厚生労働省医薬・生活衛生局監視指導・

麻薬対策課長（現日本薬剤師会）磯部 総一郎 先生
地域包括ケアシステムを進めていくなかで、患者の安全確保と医療の質を向上するうえで病院薬剤師と薬局薬剤師との連携強化が重要である。そのため日頃から医療機関の薬剤師同士「顔が見える関係」「電話一本で話し合える関係」が大事になる。そのような関係性を持つことで円滑な薬の一元管理が可能となり、地域完結型医療の推進につながるのとのことでした。

【講演2】「外来診療における病院薬剤部の役割～トレーシングレポートの活用と薬薬連携～」

社会福祉法人ワゲン福祉会 総合相模更生病院
薬剤部 稲葉 健二郎 先生

外来薬物治療の質向上を目的にトレーシングレポートを用いて患者情報や医師の治療方針などを双方向で情報共有・連携している。トレーシングレポートというツールを使用し双方向で情報連携することで、具体的な提案を実施することができ、より質の高い処方変更や、治療方針の変更を行うことができるのとのことでした。

【講演 3】「薬局薬剤師と病院薬剤師の連携～心不全と経口抗がん剤の薬薬連携の取組みについて～」

フジ薬局大学病院前店 磯崎 弘恵 先生
聖マリアンナ医科大学の薬剤部と相互に連携し、心不全地域連携プロジェクトや経口抗がん剤薬薬連携などの取組みを行っている。慢性心不全では、患者のセルフケアが重要となる。地域薬局が患者セルフケア能力の向上をサポートし、得られた情報を病院に返すことでより患者に即した治療に結び付き再入院を防ぐことに寄与できている。また、病院薬剤部により作成された情報提供用紙を用いることで、経口抗がん剤の治療継続に寄与できている。そのために、指導内容を地域の薬局で均てん化するために、病院薬剤部と連携し研修会を開催しているとのことでした。



○分化会Ⅱ

テーマ「緩和医療での退院支援 ～どんな連携ができるか、求められているのか～」

【講演 1】「緩和医療での退院支援 ～どんな連携ができるか、求められているのか～病院薬剤師の立場から」

横浜市みなと赤十字病院
緩和薬物療法認定薬剤師 宮崎 百合 先生
緩和医療を行っている患者が、在宅医療に移行するには機会を逸してしまわないように移行が決定して1～2日の内には退院前カンファレンスを行っている。保険薬局にお願いする際には、保険薬局として対応できること、できないことはどうすれば対応できるかを教えてもらえれば病院としても検討が可能になるため、退院前カンファレンスには薬局薬剤師の参加も是非お願いしたいとのことでした。

【講演 2】「緩和医療での退院支援 ～どんな連携ができるか、求められているのか～薬局薬剤師の立場から」

フレイズ薬局 眞壁 聡 先生
住み慣れた地域で最期を迎えたいという要望に応じるため、薬局でも緩和医療を必要とする患者の在宅訪問依頼が増加している。当薬局では、訪問開始から患者が亡くなるまでの期間が概ね1～2か月であり、1度の訪問で終了する場合もある。依頼があった場合、訪問診療所やケアマネージャーなどから情報収集を行い短い時間で準備を整える必要がある。また患者の容態変化による処方薬の変更、特に麻薬やディスポーザブルポンプなどの医療材料には入手に時間が掛かる物もあり、対応に苦慮している。病院薬剤師と薬の処方の経緯や理由なども連携できればより対応しやすくなるとのことでした。

【講演 3】「緩和医療での退院支援 ～どんな連携ができるか、求められているのか～（医師の立場より）」

横浜市立大学 総合診療医学/緩和ケアセンター
日下部 明彦 先生

がん患者の長期生存が可能になってきた現在、がんの痛みを抱えている時間も増えることになる。国としては在宅療養を推進しており、在宅医療でも病院と同じような緩和医療が求められる時代になってきた。退院時カンファレンスは、病院から在宅へシームレスに治療が継続されるために行うものだが、経過と治療などの確認する場になっており、指示受けの場になっていることがある。患者がどんな生活をしたいのか患者の希望が一番重要であり、医療情報だけでは成り立たない。在宅医療では、取って行わないという選択肢もときに



は必要である。患者・家族が最後にどう過ごされたのかは在宅のスタッフでなくてはわからない。在宅のスタッフは、そういった事も病院にもっとフィードバックをするべきであり、相互に共有しようとする姿勢が重要であるとのことでした。

◎優秀演題

口頭発表3 演題

[O-3] 「薬局薬剤師と病院薬剤師による経口抗がん剤服薬指導研究会の開催 指導均てん化のための副作用評価」

フジ薬局 大学病院前店 磯崎弘恵

[O-5] 「ビニール薬袋回収を動機付けにした残薬低減の取組み」

株式会社石田薬局 石田順子

[O-9] 「ペランパネルにおける安全性の向上を目的とした院内使用基準の作成とその有用性に関する検討」

医療法人社団緑成会 横浜総合病院 薬剤科
小町和樹

ポスター発表3 演題

[P-3] 「臨床検査値を用いた処方監査が必要な薬剤への注意喚起による疑義照会内容変化の調査」

川崎市立多摩病院 薬剤部
(指定管理者：聖マリアンナ医科大学) 石川春奈

[P-26] 「待機入院患者の休薬指示忘れに関連する新規リスク因子の検討～PFM 面談から得た気づき～」

横須賀共済病院 薬剤科 阿瀬川実里

[P-32] 「薬局薬剤師業務の見える化・見せる化～在宅業務に関する動画作成の試み～」

横浜市中区薬剤師会 嶋崎眞義



おわりに

前回大会より、シンポジウムから分科会形式に変更しましたが、いずれの分科会も活発な意見が交わされ、全体を通して非常に有益な学術大会でした。また、今大会より、日本病院薬剤師会研修シールを特別講演・分科会それぞれに領域項目を指定して付与する試みを行いました。今年1月からは日病薬よりシール配布者名簿の作成も求められ、入退室管理を徹底する必要がありましたが、事前のアナウンスにより講演前の受付押印、終了後のシール配布共に大きな混乱なく行えたと思います。参加の先生方にとって少しでも有益になるように今後とも取り組んでまいります。受付の混乱を避けるためにも、事前参加登録にご協力をお願いいたします。

来年度も多くの先生方が参加し、演題発表をしていただけるよう準備して参りますので、次回大会もよろしくご期待申し上げます。

第19回 かながわ薬剤師学術大会のお知らせ（開催中止）

学術大会実行（合同）委員会

2021年1月17日（日）にパシフィコ横浜 ノースで予定されておりました本年度の学術大会は、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の影響を受け現在の状況では終息の見通しが不透明な点から19年目を迎えます今大会の開催を中止することとなりました。会員発表の準備を進めていただいた会員各位におかれましては、大変申し訳ございません。また、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の終息の見通しが立ちましたら、代替的な機能をもたせた研修会等の同日開催も含め検討して参りたいと存じます。その際には、改めて、本会ホームページ及び誌面等でご連絡いたします。

ご理解いただきますよう何卒よろしくお願い申し上げます。

第18回 かながわ薬剤師学術大会 GTA委員会活動

くすり Get the Answers かながわ推進委員会

相模台病院 八城 学

2020年1月12日(日)、パシフィコ横浜にて第18回かながわ薬剤師学術大会が開催されました。本大会では、「いざ変革! 2020～その先へ～」をメインテーマに特別講演、分科会、一般演題発表に加え、一般市民を対象としたお薬相談、骨健康測定や血管年齢測定、献血活動、市民公開講座が企画されました。

GTA 委員会は神奈川県薬剤師会と合同で、「お薬相談」、「骨健康測定」、「血管年齢測定」という体験型のブースならびに「献血事業」を担当しましたので、その活動内容についてご報告いたします。

参加者数は、一般市民、会員および学会参加者を合わせ下表のとおりでした。

○お薬相談・測定参加者数

項目	今年度	昨年度	増減
お薬相談	4名	12名	-8
血管年齢	275名	281名	-6
骨健康測定	194名	187名	+7
合計	473名	480名	-7

○献血者数

	今年度	昨年度	増減
受付者数	168名	166名	+2
献血者数	126名	143名	-17

メインホールのある1階フロアに設置した「おくすり相談」及び「測定」のブースには、一般市民、会員ならびに学会参加者をあわせて473名の来場者があり、昨年比では7名の減少でした。献血事業では、168名が受付され、126名から献血いただくことができました。

「血管年齢測定」、「骨健康測定」では、市民公開講座の前後に一般市民の方々、薬剤師の方々が数

多くお立ち寄りくださり、待ち時間もほとんどなく測定していただくことができました。

測定結果を見ながら健康について健康相談を受けすることも多く、市民の皆様の健康管理に寄与できるよう活動できたと思います。

「お薬相談」では、昨年に比べて件数は減りましたが、一般市民の方々から日頃から不安に思うことなどをご相談いただきました。待ち時間はほとんどなく、1人あたり10～20分、担当委員が相談をお受けしました。



お薬相談



骨健康測定

「献血」部門は、待ち時間もあまりなく、45分～1時間ほどで献血が終了していました。献血の条件が緩和されて薬を服用していても献血ができる方も多くなりましたし、献血できなかった方の中に「体調管理をしっかりとしないといけないんだな」と日頃の体調管理を気にされる方もいらっしゃいました。



献血のご協力ありがとうございました！

冬らしい寒さの一日ではありましたが、天候の大きな崩れもなく、県薬剤師会の先生方の協力のもと、成功裏に終了することができました。皆様のご協力に感謝いたします。

GTA 委員会では、今回の学術大会のほか、「市民のためのくすり講座」、「くすりと健康すこやかフェア」など一般市民を対象としたイベントを企画し、薬事・公衆衛生に関する正しい知識の普及・啓発活動を実施してまいります。

第18回 かながわ薬剤師学術大会 分科会I

業務検討委員会

西横浜国際総合病院 芦塚 拓也

プログラム・演者

- 日時：令和2年1月12日 14:45～16:15
- 会場：パシフィコ横浜・会議センター メインホール
- 座長：菅野 浩 先生（県病薬業務検討委員会委員長）、大岡 元 先生（県薬 医療・介護保険委員会委員長）
- 演者：磯部 総一郎 先生（前厚生労働省医薬・生活衛生局監視指導・麻薬対策課長（現日本薬剤師会））
稲葉 健二郎 先生（社会福祉法人 ワゲン福祉会 総合相模更生病院）
磯崎 弘恵 先生（フジ薬局大学病院前）

はじめに

薬薬連携のための病院薬剤師会と薬剤師会の合同セミナーとして、「病院薬剤師と薬局薬剤師の情報共有 一方向の情報で患者を守れるか？～双方向の患者情報共有へ～」というテーマのもと県病薬、県薬講師を含む3名の先生がそれぞれの立場から病院薬剤師と薬局薬剤師による薬薬連携に関する現状について講演を行っていただいた。3名の先生方の講演内容および、講演後のパネルディスカッションについて報告する。

【講演 I】 磯部 総一郎 先生

「地域包括ケアシステムにおける「地域完結型医療」を進めるために」

冒頭、「医療連携については長らく言い続けられたがなかなか前進していないのが事実である。薬薬連携についても同様ではあるが、本学術大会のテーマもこの「連携」にあるのではないかとでは「連携」とはなにか？」という会場への問いかけから講演が始まった。

「薬薬連携」とは端的に言えば「地域包括ケア」

ではないかと考える。そこに労働人口の減少や働き方改革も業務量・時間的な制限として影響を及ぼしてくる。そのため、薬局・病院間の業務の効率化・簡素化、例えば処方内容変更の問合せ簡素化も連携の一つと言えるのではないかと。

連携を進めていくために必要な項目はたくさんあるが、そもそも連携が「なんのため？何をするために連携を強化すべきなのか？」その点をもっとクリアにしていけないと進まない。さらには、地域の中で医療従事者が患者を中心に同じ方向を向いていくことが重要である。

地域包括ケアの中で薬剤師・薬局に求められているものの一つに薬の一元管理がある。地域包括ケアは患者を中心に各医療機関が関わるため、複数の医療機関にかかっている患者を同一の薬局でフォローしていくことを進めるべきであり、そのための薬局の機能強化が必須である。

「院内のチーム医療」から「地域のチーム医療」へ。お互いの専門性を認め合った上で、お互いの業務を一部オーバーラップしながら医療を進めていくべきである。専門が違えば当然言語が違う。それを改善していく（言語を合わせていく）上で顔が見える環境が必要である。疑義照会のFAX、



メールもいいが、日頃から一緒に勉強会や共同活動を行っていき、その積み重ねが大切である。これらの活動は、病院側と薬局のミスマッチ（病院、薬局どちらかは熱心だが一方はそうでもない）を改善していくためにも重要である。

【講演Ⅱ】 稲葉 健二郎 先生

「外来診療における病院薬剤部の役割～トレーシングレポートの活用と薬業連携～」

稲葉先生の講演では、総合相模更生病院における取組が紹介された。外来診療における薬剤師の業務には、残薬の再分包・疑義照会やトレーシングレポートによる処方提案、在宅での情報収集などがある。対人業務の具体例として、デモ機を用いた吸入指導、医師や家族の依頼に基づく在宅患者への薬剤選択の提案や家族への説明・指導、糖尿病患者への調剤後の服用上の注意などを電話で行う、患者の検査結果の活用により医師への疑義照会を介した処方薬の用法・用量の最適化など多岐にわたっている。

総合相模更生病院では外来診療のための薬業連携への取り組みも積極的に行っている。

2015年より外来診療における医師・看護師の負担軽減のため疑義照会対応をすべて薬剤部で応需しており、診療部との事前プロトコル作成により変更調剤に関する医師への問い合わせが大幅に減少した。また、2019年2月からは処方鑑査支援を目的とした院外処方箋へ検査値の印字を開始したところ、わずかではあるが疑義照会率とトレーシングレポートの発行数が増加した。更に双



方向性の患者情報共有と処方改善を目指し、薬剤部からトレーシングレポートの返信をはじめると、トレーシングレポートの件数が5.3件/月から17.4件/月へ増加し、処方変更に結び付いた例も2.9件/月から5.3件/月と大きく増加した。近隣薬局との合同勉強会の内容も、当初の座学からSGDへ進展していった。

後半は、具体的な症例・事例の紹介があり、副作用疑いから検査値の改善や、効果不十分に対する対応、服薬コンプライアンスの改善などに繋がった症例などが紹介され、トレーシングレポートの運用フローも示された。

まとめとして、トレーシングレポートを薬局と病院の双方向的に協働にて使用する事が、薬局・病院薬剤師の処方提案による処方改善につながる事、そして、病院薬剤師が薬局薬剤師と医師の橋渡しを行うことが重要と締めくくられた。

【講演Ⅲ】

磯崎 弘恵 先生

「薬局薬剤師と病院薬剤師の連携～心不全と経口抗がん剤の薬業連携の取り組みについて～」

磯崎先生より、薬局薬剤師の立場からの講演をいただいた。

フジ薬局大学病院前店は、聖マリアンナ医科大学の門前薬局の一つであり、トレーシングレポートは取り扱っていないが、心不全地域連携プロジェクトに参加し、地域連携の一翼を担っている。心不全地域連携プロジェクトは2017年4月より川崎市北部地域でスタートした『慢性心不全を地域薬局で管理するプロジェクト』である。その目的として、「病院薬剤師と薬局薬剤師が協力し、服薬アドヒアランスとセルフケアの強化を目指す」「心不全管理の不連続性を解消し再入院を減らす」という事があげられる。具体的な取り組みとして、むくみ・体重・息切れに関してチェックシートを用いた聞き取りなどを行っている。講演では、実際の手帳記録を紹介し、少しずつ体重が増えてきているのを察知し、病院へ情報提供した例が示された。その他、あまりしゃべらない患者のチェックを依頼された例の紹介があった。その患者は13年も通われている方だが、情報を多くは得られていなかった。しかし、ポイントを絞った質問を行う事で、徐々に患者自身から情報を提供してくれるようになった。



病院の薬剤師と相談し、患者に対しどのようなポイントにターゲットを絞っていくか決めてから患者の情報を収集することで患者一人一人の（時間的）負担がかからず必要な情報を得られるようになった。また病院で聞かれている内容と重複を避けることでそれぞれの施設で必要な情報を得ることができ、またそれを共有できるようになったと磯崎先生は話す。また、病院薬剤部門と合同研修を行うことで病院側が実際に患者にモニタリングしてほしい事項と薬局が投薬時に行う情報収集についてのずれが少なくなっていた。

まとめとして、やはり顔が見える関係は必要だが、それぞれの施設のキーパーソンとなるスタッフ（ホットライン）が重要と話す。トレーシングレポートがなくても相互（病院、薬局それぞれ）に相談できる相手があると素早い対応が可能になる。心不全もがんも自宅でのアドヒアランス維持がとても重要であり、治療継続のためのサポートのためにも薬薬連携が必須だと締めくくった。

【パネルディスカッション】

冒頭、座長より簡単な質問が聴講者に対しなされ、本分科会の参加者はおおよそ薬局勤務6割、病院勤務4割であり、トレーシングレポートを提出したことがある薬局は参加した薬局薬剤師の1/3程度であった。一方でそのトレーシングレポートの返信が病院からあったのはわずかという回答があった。

以下、会場からの質問と回答

Q：疑義照会とトレーシングレポート（TR）の

使い分けは？（病院薬剤師）

A：通常、緊急性はないが次回診療時に考慮していただきたい内容はTRでよいと思う。現状は疑義照会で対応。（磯崎）

緊急性があるものが疑義照会ではないかと考える。情報内容の濃さが異なると感じる。TRの方が濃い情報が得られる。また、忙しい状況での疑義照会よりもTRの方が処方変更率は高い。（稲葉）

疑義照会とTRは確かに似ている。疑義照会は法的義務がある。TRを利用してコミュニケーションをとっていくことが必要。（磯部）

Q：トレーシングは「おいかける」という意味だが、厚労省の位置づけは？（菅野座長）

A：患者情報をまとめて病院に戻すというのが努力義務、今後法律上どうなっていくかは未定だが処方医への情報提供は必須である。（磯部）

Q：連携が重要という事はわかったが、現実に薬局薬剤師がどの程度動いているのか？またどうやって薬局を動かしていくか、広げていくか？（薬局薬剤師）

A：最初は私自身が手上げた際に、“私たちも”と他の薬局が同調した。個々の薬局の事情・状況もある。まずは勉強会に出てきてもらい、他の薬局の状況を知ってもらうことが重要。病院側にも協力いただいて、薬局が参加しやすい時間を考慮してもらっている。（磯崎）

病院側からTRが来ないことについて色々薬局に言うのは違うと思う。ただし、TRについてどのように処理したか、薬局に返すことで薬局がどのように病院で活用されたのか？有用だったのか？どんな情報が欲しいのか？お互いに知ることができる環境づくりが重要。（稲葉）

お二方の話は非常に先進的。ただ、広がらない事をどう改善していくかを考えていく事が必要。細かい業務を行わない（薬を渡すだけ）の薬局が儲かる仕組みが良くない。経済的インセンティブは今後も行っていく。ただし、今度は体裁だけ整えた施設が増えていくことも懸念しており、いかに中身の伴った業務を広げていくことが大切。（磯部）

Q：最後に今後取り組みたいことは？（菅野座長）

自身の取り組みについて後継、仲間を増やしていきたい。その体制づくり。（磯崎）

薬局の薬剤師が参加しやすい情報連携の土台作

り。薬剤師だけでなく、医師、看護師も含めた情報提供、そして、医師が“かかりつけ薬剤師”がいることを認識してくれることが目標。(稲葉)

良い取り組みをどのように普及し、分業バッシング(コストパフォーマンスが悪いなど)をなくしていきたい。現場の素晴らしい取り組みを知ってもらいたい。(磯部)

会の最後に、座長の菅野委員長より、この分科会が“持続可能な業務”を構築する手助けになることを望みますと締め言葉があり終了した。



第51回 病院・診療所・薬局実務者講習会

教育研修委員会

第51回 病院・診療所・薬局実務者講習会 概要

目的：高度化した病院薬局の実務講習を行い信頼される薬剤師としてその専門職能を通じ医療に寄与することを目的とする。

講習期間：1月27日（月） 神奈川県薬務課主体の講習会
1月28日（火）～1月31日（金） 講習施設での実習
2月1日（土） 神奈川県病院薬剤師会主体の講習会

第51回 病院・診療所・薬局実務者講習会 科目及び日程

日時	科目	講師
1月27日(月)	・病院・診療所・薬局の薬事関係法規 ・麻薬及び向精神薬の取り扱いの法規と実際 ・診療報酬の要点及び医療制度について	薬務課 薬事指導グループ 薬務課 献血・薬物対策グループ 厚生労働省関東信越厚生局
1月28日(火) ～ 1月31日(金)	・講習施設での実習	講習施設の薬剤部長 及び実務教育担当薬剤師
2月1日(土)	・神奈川県薬剤師会の現状と課題 ・神奈川県病院薬剤師会の組織について 薬薬連携・病診連携の現状と課題① 薬薬連携・病診連携の現状と課題② ・特別講演 医療安全とコミュニケーション	神奈川県薬剤師会 神奈川県病院薬剤師会 株式会社ハーティスト

済生会横浜市東部病院 薬剤部 権平 由貴

講習施設：横浜市立市民病院

初日は薬事関連法規や診療報酬についての講義をしていただき、適切に法を理解すると共に、調剤報酬を正しく解釈する機会となった。2～5日目は横浜市立市民病院にて研修を行った。市民病院は650床の高度急性期医療を担う病院のひとつであり、薬剤師は40名を越え、様々な業務を兼務しながら各分野に介入し幅広く活動されている。今回は調剤業務、化学療法、感染制御、DI業務、管理薬業務、病棟薬剤業務、院内製剤や治験、チーム活動など多岐に渡る業務の見学や薬剤部の先生方との情報交換をさせていただいた。印象的だったのが、入院退院管理システム（PFM）に薬剤師が積極的に参画しており、退院に向けた情報収集とそれに基づく支援を入院前から進めていたことだった。入院予定日の決定した全患者

に対し入院前に個別面談を行い、手術・検査予定の患者の休薬指示確認だけでなく、常用薬の服薬状況や効果・副作用の確認など、入院後の薬学的管理に特に注意が必要な内容について予め薬剤評価を行っていた。入院後は病棟薬剤師がPFM時の面談内容と相違がないか確認を行うことで、一貫した服薬指導を行うことができると同時に業務の効率化が行われていた。そして、標準薬物治療を推進するための院内フォーミュラリーへの取り組みも興味深かった。未採用薬を服用している患者に対し、入院中に使用する薬と使用しない薬の分類、切り替えを明確にした指針を作成することで、処方変更や入院期間中の中止などの処方提案が円滑となり、採用薬の院内在庫の適正化を行うことができる。多剤投与患者においては処方整理を行うきっかけとなる。これまで臨時採用薬が発生する度に生じていた薬剤部内での手間とコストの削減も実現できる取り組みだと感じた。

また、委託SPDの増員と積極的な業務移管、さらに調剤補助者の活躍が薬剤業務を支えていることを目の当たりにした。診療報酬の改訂ごとに薬剤師の業務は増え続けている。それにも関わらず病院薬剤師の人員確保は難しい。SPDや調剤補助者へのタスクシフトの検討を進めることで、薬剤師は薬剤師にしか出来ない専門業務に専念しやすい環境整備がなされていた。市民病院は病床数や薬剤部の人員など自施設と近いものがあり、活動内容や日々の業務で工夫している点など参考になるものが非常に多かった。今後の自施設での業務に還元していきたいと思う。

最終日の特別講演「医療安全とコミュニケーション」においては、グループワークを通じて理解を深める機会となった。他者と会話をする上で、視覚・聴覚・体感から無意識に自分が得ている情報を知ること、自身のコミュニケーションの特徴を振り返る良いきっかけとなった。

最後に、本研修に参加するにあたり神奈川県病院薬剤師会の先生方、研修を受け入れていただいた横浜市立市民病院薬剤部の先生方に厚く御礼申し上げます。研修に送り出してくれた当院薬剤部スタッフにも感謝申し上げます。

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 薬剤部 三井 満里奈

講習施設：済生会横浜市東部病院

私は済生会横浜市東部病院を見学させていただいた。当院では、一部診療科において術前外来を行っているがごく一部であり、最も手術件数が多い消化器外科では行っていないのが現状である。東部病院では、患者支援センターにおいて医療者間でコミュニケーションを密に取れており、スムーズに行われていた。同じ問診内容は聴取しないといった患者負担を考慮した運営をされていた。さらに、術前休薬がある場合は休薬前日に患者宅へ電話連絡をされており、休薬管理を徹底されている現状は、医療機関として参考にすべき仕組みだと感銘を受けた。患者支援センターで持参薬入力をし、初回面談が済んでいることで病棟薬剤師の負担が減っている状況を把握できた。また、患者支援センターで術中の悪心リスクを分析するPONVを評価し、入院後に手術室常駐薬剤師がPONV高リスク患者に対して薬剤提案することで悪心リスクを減少することができる。また術翌日に回診を行うことで、悪心や疼痛に気づき対応

することができる。この入院前から術翌日までの流れを当院にも取り入れていきたい。

また、ワルファリンや内服抗がん剤では院外処方箋発行とともに、院内薬局に監査シートが発行されるシステムを取り入れていた。INRが異常値を示していないか、また内服抗がん剤の内服スケジュールが重複していないか院内でも確認していることで危険を回避できていると感じた。当院では、院外処方箋は調剤薬局に一任しており、当院薬剤部の目が通ることがないため、より安全な方法を目の当たりにすることができ、とても良い機会であった。また、注射抗がん剤を調剤室で監査する際、化学療法室で用いているチェックシートを見ることで、正確に治療を把握することができ、また薬剤部内で抗がん剤への壁を少なくするために良い手段であると考えた。

薬業連携では、調剤薬局の若手薬剤師に対し、トレーニングレポートの内容評価を年に4回行われていた。改善点を伝えることで地域の若手薬剤師の育成にも取り組まれており、当院も見習うべき点であった。

以上のように、参考にすべき点、当院の改善に役立てる点を多く目の当たりにすることができ、とても刺激的な4日間を過ごすことができた。

最終日のコミュニケーションワーキングでは、多職種や患者の対人関係において活用できる考えを学んだ。人のタイプを知った上で相手と向き合うことにより、ストレスなくコミュニケーションを取ることができると学んだ。またタイプの特徴も知ることができたので、医療安全上のコミュニケーションに活かしていきたい。

横浜市立大学附属病院 薬剤部 森 直樹

講習施設：済生会横浜市東部病院

私は新卒からの生え抜きであり、勤務6年目で中堅職員に位置している。中堅職員に求められることは、職場の問題点・課題を明確化し、それらに対してチームを率いて対応していくことだと考えている。今回の講習では、他施設の薬剤師業務を見学し、自施設の問題点・課題の解決の糸口を模索することと、中堅職員の在り方について再考することを目的として参加した。

今回講習病院として、済生会横浜市東部病院を希望し見学させて頂いた。中央業務で特に印象に残っているのが、内服・注射調剤のシームレス化

である。内服調剤と注射調剤で担当者を分けず、それぞれの繁忙時に人員を集中できるようになっており、最低限の人数で効率よく中央業務が行われていた。自施設に導入するためには調剤室の構造上の問題もあるが、システムとしてとても参考になった。病棟業務では、1フロアー（2病棟）を約3名ユニットで対応しており、ユニット毎に中堅職員と若手職員がうまく配置されていた。特に中堅職員は薬剤師経験が10年を超えており、同じ病棟に5年以上継続しているケースが多く、これにより若手職員のフォローが厚くなっていた。中堅職員が中心となって病棟ユニット毎に質向上のためのオーディットを月に1回行っており、若手職員の教育とモチベーション維持・向上が図られていた。

これまで自施設内での経験しかなかったため、上記のように他施設を見学することで視野が広がったと感じた。また、中堅職員の方々と直接話をする中で、それぞれのグループリーダーとしての在り方を教わることができた。現在私は注射調剤業務リーダーと病棟グループリーダーを兼任している。自施設で行われてきた仕事や慣習を今一度見直し、広い視野をもって、さらなる改善に努めていきたい。

このような貴重な講習会を開催して頂いた神奈川県病薬剤師会、神奈川県病院薬剤師会の先生方と、私を受け入れて頂いた済生会横浜市東部病院の先生方に深く感謝を申し上げます。

川崎市立川崎病院 薬剤部 中村 麻衣子

講習施設：公立大学法人横浜市立大学付属
市民総合医療センター

2019/1/27～2/1まで病院診療所・実務者講習
研修会に参加させていただいた感想を述べる。

第一日は神奈川県薬務課の先生より、薬事法規と麻薬及び向精神薬の取扱いについての講義をして頂いた。現場では煩わしいと感じてしまう管理薬の保管法などについて、実際の法律と照らし合わせることで、必要性や薬剤師としての役割を再確認することができた。薬事

第二日～第五日は公立大学法人横浜市立大学市民総合医療センター（以下：市大センター）で講習をして頂いた。薬学部実務実習以外に他施設を見学する機会はなかったため、今回の研修会は大変貴重な機会であった。市大センターは病床数

726床の急性期病院である。専門診療科は20科、疾患別センターは10センターである。災害拠点病院、高度救命救急センターなど様々な分野において拠点病院に指定されている。私が市大センター病院での講習を希望した理由は、私が勤務する川崎市立川崎病院（以下：自施設）と規模が近いこと、地域における役割が類似しているためである。

市大センター病院薬剤部は53名（2020年1月時点）の職員が勤務している。全員が病棟業務と中央業務、薬品管理業務、DI業務、薬剤師外来等を兼務している。多くの業務について講義して頂いたが、自施設との大きな違いは病棟業務実施している点と外来化学療法を行っている患者に対して薬剤師外来を実施している点であった。病棟業務について一番印象に残っているのは集中治療領域での業務である。市大センター病院は3次救急であるため、集中治療を必要とする患者の受け入れが多い。薬剤師の業務は処方確定後の配合変化や効果、副作用のチェックだけではなく、投与ルート設計の段階からの関わりや毎日のカンファレンスでの薬物治療への提案、評価、集中治療が必要となるに至った原因が薬剤かどうかの検討など多岐に渡る。自施設では主に処方後の薬剤に対する薬剤管理指導を行う事が多いため、薬剤師が治療方針を決定する段階で関わっている姿に刺激を受けた。

外来化学療法患者に対する外来指導業務では、薬剤師外来専用の部屋を設置している。対象患者はレジメン、診療科で限定されている。医師の診察前に薬剤師が面談し、得た情報や必要な処方を医師へ提案している。提案内容はHFSを始めとする副作用への支持療法の提案、残薬調整、さらには外用薬の使用感を患者と相談し、適切な剤型の提案、残薬調整、錠剤サイズから患者が服用可能かの評価まで行っている。薬剤師から提案が採用されることは多く、信頼関係の厚さ、薬剤師としてのスキルの高さに感銘を受けた。

市大センター病院と自施設は規模が似ているが職員数が倍ほど違う。これから自施設での業務を拡大するにあたり、どの様に業務を遂行するかイメージすることができ、大変有意義な研修をさせて頂いた。

第六日では医療コミュニケーションについての講義をして頂いた。多職種とのコミュニケーションの在り方について、一つの目標（＝医療安全や

治療目標)を達成するために、相手が誰であろうとも何でも言える関係が医療コミュニケーションにおいては重要であると学んだ。友人のように親しくなる事がコミュニケーションと感じがちであったが、本当に必要なコミュニケーションをはき違えることなく、これからの業務にあたっていきたい。

今回の研修会で他施設と情報交換することができ、大変有意義であった。また、自施設との比較で刺激になり、今後より一層自己研鑽に励みたいと思った。システムや費用の問題などですぐには始められないこともあるが、今回の研修で学んだ事を今後の業務に活かしたい。

映画に登場する薬物あれこれ part 37

—夏になると思い出すこと—

厚木市立病院 精神科医 西村 浩

“DE CHAQUE INSTANT” / “Each and every moment” 「人生、ただいま修行中」(2018年仏映画) フランスの看護学校での実習風景をもとにした映画。学生実習にもかかわらず、採血から創傷処置、さらに点滴とかなり大きな裁量が与えられていることに驚きます。1985年医学部6年生の夏休み、交換留学生としてひと夏を過ごしたテネシー州立大学メンフィス校医学部附属病院でも「昨日、日本から到着した交換留学医学生です」と挨拶するとすぐに、「全責任は持つから、この少年を診察して病名と治療方針を考え、必要なら検査と処方も決めなさい」といわれて心底びっくりしたことを思い出しました。病歴からは中耳炎のようでしたが、“Otis media”が英語だろうか?と危ぶみながら、かつその少年の耳介を下方に引っ張ったりしました。一緒にいらした御母堂様の驚いた顔はいまだに忘れられません。なおこの映画には「バンコマイシンの点滴」が登場します。

“Glen Campbell… I’ll be me” アルツハイマーと僕〜グレン・キャンベル 音楽の奇蹟〜(2014年米国映画) 「周囲の対応の良し悪しは認知症の進行に影響を与えますか?」という質問を日常の臨床場面でも講演会などでも良く受けます。「もちろんです」と答えています。これからこの質問をされたら、この映画を勧めることにします。アーカンソー州出身のカントリーソング歌手グレン・キャンベル氏、神経内科医の診察および頭部MRIさらにSPECTの所見から2011年アルツハイマー病の診断を受けますが、家族やスタッフとともにバスでの全米ツアーを続行します。無情にも病状は進行しますが、さすがは天才歌手、数年にわたりツアーをこなします。終盤、次第に失敗が増えてきますが、観客たちは決してその失敗にブーイングなどを送ることなく、温かく見守ってくれていました。だからこそあれほど長く続けられたのだとも実感しました。初期のころから年齢、日付および場所などは障害されていましたが、さらに進行して家族のことも判別困難な状態となってもギター演奏に支障がないのには驚きました。大脳皮質の萎縮に比べて、小脳の萎縮が緩やかなのかもしれませんが。「アリセプトを倍に増やしたら、私のそばを離れなくなってしまって、いったい脳のなかで何が起きているのやら?」と語るのは三番目の夫人、どうやらアリセプトにより性欲亢進を来したようです。能書によれば、「0.1%以下」ですがたしかに「リビドー亢進」の副作用がありますね。とにかく感動の映画でした。「できなくなったこと」を責めるのではなく、まだたくさんある「できること」を評価して温かく見守ることが重要なのです。2012年2月グラミー賞特別功労賞を受賞、2017年6月には最後のスタジオアルバムリリースののち、2017年8月8日永眠、涙。テネシー大学メンフィス校留学中に一度だけアーカンソー州へ行ったことがあります。“All you can eat”つまり食べ放題のピザを食べにでした。学生寮で仲良くなったテネシー州出身の医学生仲間はアーカンソー州へ渡る橋のうえで、“Red neck country!”と叫び、ピザ屋で騒いでいる幼児を“Baby red neck!”と呼んでいたことを思い出します(蔑称ですけどね)。

“The last movie star” 「ラスト・ムービー・スター」(2017年米国映画) 「犬の利尿剤」から映画は始まります。15歳の愛犬は腎不全らしく利尿剤の投与を受けていたものの反応なく、心臓への投薬も腎への負担を考慮して中止となりました、つまり獣医師側もお手上げの状態です。「あなたならどうする?」「もう手段はありません、行かせてあげたらいいのでは?」「別れの時間が欲しい」との展開です。主役のパート・レイノルズ氏はBrentwoodの豪邸に一人暮らし、犬の薬と自分の薬とが家中のあちこちに散乱しています。BrentwoodはOJ シンプソン氏が豪邸で妻を殺害!した事件で有名になった超高級住宅街です。そのカフェでチェビー・チェイス氏と一緒に、ヨガに動しむ若い女性の肢体に二人で熱い視線を送っています。特別功労賞を授与されるとのことでテネシー州ナッシュビルへ招待された彼は一人テネシーへ飛びますが、そこで出迎えた若い女性が多く向精神薬名とその特徴とを口にします。エビリファイを内服している、ラミクタールは全身に皮疹が出た、セロクエルは太る、クロノピンは眠くなる、セルトラリンは性欲が低下するなどなど、かなり当たっていると思います。このほかにバイアグラの空ボトルも登場しました。前述した友人の実家のあるノックスビルも登場、映画のなかでは彼はテネシー大学でアメリカンフットボールの選手だった設定となっており、とても懐かしく感じました。

西村浩：川崎市立生田小学校、同生田中学校および神奈川県立厚木高校卒、早稲田大学政治経済学部経済学科をへて1986年弘前大学医学部卒、米国留学をへて2005年4月より厚木市立病院精神科部長

文学作品に登場する精神医学：チェーホフ短編集から

COVID-19のため映画館が閉鎖されており、映画による精神医学研究ができない日々が続いています。しかたなく亡父の残してくれた世界文学全集を休みのたびに読むことにしました。すると見つかること見つかること、続々と精神医学に関する状態やエピソードが出てきます。振り返れば1990年代後半、UCLA 留学中はMedical Centerが位置するWestwoodのアパートにおりました。徒歩圏内に20近くの映画館があり、ほとんど毎日映画を観ておりましたが、少なからぬ映画が精神疾患を取り上げていることに驚き、知り合いになった心理学の先生にこの驚きを伝えたところ、「精神疾患は現代アメリカ映画の主なテーマの一つです」とのお話でした。つまり20世紀末の映画に大きく取り上げられていた主要なテーマが、19世紀には書物で大きく取り上げられていたとしても全く違和感がないことになるかと納得した次第です。

さて内科医でもあったチェーホフによる『六号室』（1892年・明治25年）では高齢の医師が精神科病棟の入院患者に興味を持ち、病室に通ううちに精神病の発症を疑われ、ついには「立会診察」と騙されて強制的に入院させられてしまうというなんとも酷いお話。若き日のレーニンがこの短編を読み終わるやいなや妹さんに「急に恐ろしくなって部屋を飛び出した。まるで自分が六号室に閉じ込められる気がした」と語ったとか。『箱に入った男』（1898年・明治43年）いつも同じ服装で傘を持ち、黒メガネで顔を隠したギリシャ語の中学教師、常に過去を賛美する一方で、同僚と打ち解けることなく一生を終える姿は発達障害あるいは強度の強迫性障害の可能性がうかがわれます。『可愛い女』（1898年・明治31年）および『犬を連れて奥さん』（1899年・明治32年）この二作は「芸術的代表作」とされており、「いつの世もかわらない」ということがしみじみわかりますが、別に精神障害ではなさそうでした。“The reader”「愛を読むひと」（2008年米・英・独合作映画）で第81回アカデミー賞主演女優賞を受賞したKate Winslet 女史演じる主人公がかなり年下の彼氏に「読んで」とせがむのが、この『犬を連れて奥さん』でしたが、読んで初めてその意味がわかりました。『小役人の死』（1882年・明治15年）極端に心配性な小役人が上司のうしろで「くしゃ

み」をしたことから不安に駆られてついにはなんと急死！してしまうという超短編、なんだかこのコロナ禍でも通用しそうな話です。『嫁入り支度』（1882年・明治15年）社交不安障害？いじめによる引きこもり？さらにはアルコール問題まで登場です。『アニョータ』（1886年・明治19年）「医学ってのは、暗記なしにはどうにも行かない代物なんだよ」と語るまことに酷い医学生が登場します、チェーホフは「医学は僕の正妻、文学は情婦」と語っていたそうですが、いったいどんな医学生だったのかと考えずにはられません。もちろん逆でなくてよかったのでしょうか。『ワーニカ』（1886年・明治19年）ひたすらに悲しい悲しい物語。『接吻』（1887年・明治20年）「心盲」なる症状が登場します、「眼前にあるものが残らず見えていながら、しかもその見ているものが、どうもはっきりつかめない状態」「対象が見えていながら理解できない」とありますから「解離」なのかそれとも「失認」なのか。前者なら精神医学、後者なら神経内科学ですね。『ともしび』（1888年・明治21年）「自伝的」医学生の話とされている作品。「この世のことは、何ひとつわかりっこないさ」という表現が登場します。また「医学部の学生たちに婦人病の講義をする時には、いつも序論で、女性患者の服を脱がせて触診する前に、自分たち一人一人にも母や姉妹や許嫁がいることを思い出すように忠告するそうですが、この忠告は、医学生だけでなく、人生において何らかの形で女性と接触するすべての人間に通用すると思いますよ」という記述には心底共感を覚えました。21世紀の医療現場でも通用しますね。

なお、27歳時うつ病になったチェーホフですが、モスクワでコレラが流行した際には防疫のため臨時の郡医監に任ぜられて活動したそうです。感染症でも歴史は繰り返していることを実感します。

今回はチェーホフだけで終わってしまいました。まだまだ他の作家でも続々と発見しています。こちらもお楽しみに

精神保健指定医 西村 浩

神奈川の **花** *kanagawa flowers*

フジ (マメ科)



イロハカエデ (カエデ科)



神奈川の花

金光継道

今年の春は早くから暖かく、早春の花も1～2週間早く咲き始めた。1月末から新型コロナウイルスの感染が始まり、外出禁止令が発出されて花を探しに遠出も出来ず、近所の庭や近くの林などを歩く程度でした。幸い庭を見ると藤の花そしてイロハカエデが新緑の中に暗赤色の花房を付けているのを見つけ、二つとも日本固有種で広く分布しているので取り上げてみました。

フジは古来から日本人に好まれた植物で、古事記にも登場し、源氏物語では光源氏理想の女性として藤壺であり万葉集には大伴四繩が「藤浪の花は盛になりにけり平城の京を思はずや君」他21首が収められている。そして清少納言は枕草子の「木の花は」の中で「藤の花はしなひながく色こく咲きたるいとめでたし」と賞賛している。

フジは本州・四国・九州の山野に広く自生するつる性低木で山の斜面の木にからみ、花の時期には遠くからでも目立って見える。フジは東アジアの温帯と北アメリカに6種がある。日本にはフジ（ノダフジ）とヤマフジ（ノフジ）の2種がある。フジはつるが右巻きで葉は羽状複葉で小葉は5～9対、4～5月頃下垂する長い総状花序（30～60cm）を出し、多数の紫色の蝶形花を開く。果実は大型で平たく種子は初冬に果皮がねじれて裂け、数m飛ばされる。多くの園芸品種があり盆栽にも仕立てられる。

ヤマフジはつるは左巻、小葉は4～6対でやや厚く裏面には毛が多い。花序は短い花は大きい。本州の西部・四国・九州の山野に自生。マメ科の共通点として、花は蝶形花、花弁は5枚上に飛び抜けて大きいのが旗弁、その付け根には黄色い蜜標がある。残りの2枚（翼弁）を貝殻のように組合さった2枚の弁（舟弁）が挟んでいる。10本の雄しべは1本だけ独立して他の9本は先だけ分かれて基部は癒着している。

カエデ科は2属160種落葉性の木本である。主に北半球の温帯に分布、日本には26種がある。カエデの名は葉の形が蛙の手に似ていることに由来する。イロハカエデは小葉の数を数えるときイロハニホヘトと数える事による。葉は7～11枚の小葉をもつ複葉。花序に沢山の小花を付ける。花は雄花と両生花があり花弁と萼片は普通5枚雄しべは8本で花茎約7mm。花弁と萼片は同じ暗赤色をしている。果実には竹とんぼのように2個の長い羽がある。植物分類上はモミジもカエデも同じ物だが、モミジは紅葉するカエデの総称で主に色も形も美しいイロハカエデを指す事が多い。正式名でもオオモミジ・ヤマモミジのようにモミジの名のつくものもあるが、ハウチワカエデ・イタヤカエデなどカエデとつくものが多い。

紅葉はなぜ起きるのか。葉には葉緑素があり、太陽光によりデンプンを作る。夜になるとこれを糖分に変える。この反応は温度が下がると低下する。秋になると糖分の流れが悪くなり、落葉のため葉の付け根に離層が出来てくる。そのために糖分が葉に大量にたまり、葉の中にある黄色素のフラボノールが還元されて赤色素のアントシアニンに変化する。それゆえ糖分を多く含むカエデ・バラ・ブドウ・ニシキギ・ウルシ・ツツジなどが著しい。糖分が一番多いカエデはサトウカエデである。この葉はカナダの国旗に描かれている。高さ30m直径が90cmにもなる大木になる。春に径1cm長さ7cmほどの穴を開けパイプをさして樹液を集める。1シーズンに1本から50Lほど採れる。これを煮詰めて濃縮したものがメープルシロップとして世界に知られている。又その材は緻密で光沢があり音の響きが良いのでボーリングのレーンやピンにまたバイオリンなど弦楽器の裏板や棹に使用される。また野球のバットにも利用される。

DIの頁

Drug Information Q&A

学術情報委員会



新しい腎性貧血治療薬について教えてください。

はじめに

腎性貧血は、腎機能障害に伴う腎臓でのエリスロポエチン（以下、「EPO」）産生能低下に起因する貧血であり、臓器でのエネルギー産生を低下させ、日常生活における運動機能や活動性の低下を招き、QOLの低下をきたす、心血管系合併症の発症リスクを高めるなど、腎疾患の転帰を著しく悪化させます。現在、腎性貧血の標準治療には、赤血球を生成する働きを促進させる赤血球造血刺激因子製剤（以下、「ESA」）や鉄剤が用いられています。ESAは総じて安全で有効性が高いと考えられていますが、その一方で、皮下・静脈注射に伴う侵襲性や高額な医療費、抗EPO抗体陽性赤芽球癆の発現、血栓性合併症などの課題もいくつか残されています¹⁾。2019年、内在性のEPO産生を高めることを主眼とした新しいクラスの薬剤の1剤目としてエベレンゾ[®]錠が発売されましたのでご紹介します。

新しい作用機序について^{2), 3), 5)}

EPOは低酸素環境下でその産生が高まります。EPO遺伝子の転写を促進する低酸素誘導因子(HIF)が同定され、さらにその上流の調節機構が解明されたことを背景に、体内でのEPO産生機構を活性化させる「HIF活性化薬」としてプロリン水酸化酵素(PHD)阻害薬が開発されました。HIFは2つのサブユニットからなる転写因子であり、低酸素環境下で活性化し、赤血球造血等を促進します。正常酸素環境下では、HIF(α

鎖)はPHDにより水酸化され、プロテアソームにより分解されます。PHDを阻害しHIF(α 鎖)の分解を抑制することで、HIF経路を活性化させます。正常な腎臓では、局所の酸素分圧が低下するとHIF経路を活性化してEPOを産生しますが、腎不全患者では、EPO産生細胞における低酸素応答が十分機能しません。EPO産生細胞においてHIF経路を活性化することで、局所での酸素分圧に関わらずEPO産生が促進され、造血亢進及びヘモグロビン(Hb)値上昇が起こり、腎性貧血に効果を発揮します。

用法用量について^{2), 4), 5)}

エベレンゾ[®]錠は、2～3日に1回の間隔で週3回経口投与する薬剤です。透析により除去されないため、透析前後いずれかのあらかじめ定めたタイミングで服用します。週3回経口投与する理由としては、1日1回連日投与では1回の投与量が少量ずつとなり期待した効果が得られない可能性が考えられ、また週1回投与では1回投与量が、安全性が確認されている最高用量を超えた量となることが推測されたためです。

ESAで未治療の場合の開始用量は1回50mgであり、ESAから切り替える場合の開始用量は[表1]のとおりです。

用量調整が必要な場合には、[表2][表3]を参考に投与量を増減します。なお、用量調整を行った場合は、少なくとも4週間は同一用量を維持するよう定められています。ただし、増量後4週以内にヘモグロビン濃度が急激に上昇(2.0g/dLを

[表1] ESA から切り替える場合のエベレンゾ®錠開始用量

エリスロポエチン製剤 (IU/週)	ダルベポエチンアルファ (μg/週)	エポエチンベータペゴル (μg/4週)	エベレンゾ®錠 (mg/回)
4500 未満	20 未満	100 以下	70
4500 以上	20 以上	100 超	100

[表2] 投与量増減表

4 週前から当該週までの Hb 値変化量	当該週の Hb 値			
	10.5g/dL 未満	10.5g/dL 以上 11.5g/dL 以下	11.5g/dL 超 12.5g/dL 以下	12.5g/dL を超える
- 1.0g/dL 未満	1 段階増量	1 段階増量	変更なし	休薬し、Hb 値が 11.0g/dL 未満になった時点から 1 段階減量して再開
- 1.0g/dL 以上 1.0g/dL 以下	1 段階増量	変更なし	1 段階減量	
1.0g/dL 超 2.0g/dL 以下	変更なし	1 段階減量	1 段階減量	
2.0g/dL を超える	1 段階減量			

※本投与量増減表は、臨床試験において Hb 値が目標範囲 (10.0 ~ 12.0g/dL) に維持されるようにあらかじめ設定し使用した投与量増減ルールである。

[表3] 投与量調整表

段階	1	2	3	4	5	6	7	8
投与量	20mg	40mg	50mg	70mg	100mg	120mg	150mg	200mg

※1 回投与量は 3.0mg/kg を超えないものとする。また、200mg を超える場合は、50mg ずつ増量すること。

超える) した場合、速やかに減量又は休薬が必要です。

服製剤であり、治療に伴う侵襲や通院間隔の課題が改善することが期待されます。

有害事象について^{2), 6)}

HIF の活性化に基づく Hb 値の上昇は、EPO の他にも数多くの低酸素適応因子を協調的に誘導することで達成されます。それらの因子には造血反応とは無関係なものも含まれるため、造血反応とは独立した全身性の多面的な影響については、非常に慎重なモニタリングが必要です。HIF 経路の活性化を介して血管新生を促進し、腫瘍増殖の促進、網膜血管の増殖に伴う網膜出血等を引き起こすおそれがあるため、悪性腫瘍や網膜出血の発現状況について情報収集し、今後検討していく必要があります。

参考文献

- 1) 慢性腎臓病患者における腎性貧血治療のガイドライン 2015年版 一般社団法人日本透析医学会編
- 2) エベレンゾ®錠 添付文書 2019年11月改訂
- 3) エベレンゾ®錠 インタビューフォーム 2019年11月改訂
- 4) エベレンゾ®錠 適正使用ガイド 2019年11月
- 5) エベレンゾ®錠 審議結果報告書
- 6) エベレンゾ®錠に係る医薬品リスク管理計画書

(文責 横浜旭中央総合病院 薬剤部 松丸美佳)

おわりに

今回ご紹介したエベレンゾ®錠は、透析期のみへの適応となりますが、保存期の適応も併せもつ「バダデュスタット」、「ダプロデュスタット」が承認申請中です。従来の治療薬である ESA に対して、HIF-PHD 阻害薬は小分子化合物の経口内



皮下投与が可能な薬剤にはどのような薬剤がありますか？

1. はじめに

皮下投与は、ルート確保が容易、四肢以外の部位にも留置可能で患者の行動制限が静脈投与に比べ少ない、血流感染発生が少ない、留置部位の違和感が少ないことによる計画外抜去（いわゆる自己抜去）や血管外漏出などのイベント発生が少ないなどにより、緩和医療や終末期医療、在宅医療などで実践される機会があります。ただ皮下投与されている薬剤の多くは適応外投与であり、有効性や安全性、あるいは体内動態などが十分検証されているものは少ないことから、医師により経験的に行われているのが現状です。そこで緩和ケア医療などで皮下投与が実践されている薬剤について文献調査しました。

2. 皮下投与が実践されている薬剤

皮下投与されている薬剤を表にまとめました。輸液では生理食塩液のほかに1号液や3号液、5%ブドウ糖液、リンゲル液なども補液として皮下投与されます¹⁻³⁾。滴下速度は1 mL/分 (60 mL/hr)程度で、1日1.5 Lまでとされています (2か所留置の場合は3 L/日まで注入可能)¹⁾。海外では1日2 L程度までであれば、留置部位の浮腫をほとんど起こさず持続注入可能との報告もあります²⁾。また電解質・糖液にアミノ酸28 g/Lを加えた輸液 (410 kcal/L) を12時間で1000 mLを皮下投与した症例も報告されています²⁾。カリウム製剤では20～40 mEq/Lの濃度の投与が可能と報告されています³⁾。輸液の他に、βラクタム系などの抗菌薬^{1, 4-7)}、麻薬やその他の鎮痛薬^{1, 8-14)}、抗コリン薬やステロイド^{1, 9)}、向精神薬^{1, 9, 15-18)}、抗ヒスタミン薬¹⁾、消化器用薬^{1, 9)}、利尿薬や止血薬¹⁾

なども投与可能と報告されています。

3. 皮下投与するための薬剤のpHおよび浸透圧について

薬剤のpHはできるだけ生体のpH7.4付近が組織障害や疼痛が少ないとされています¹⁹⁾。ただ輸液や多くの薬剤のpHは酸性側に調整されています。一方、デキサメタゾン、フェノバルビタール、トランサミン、フロセミドなどではアルカリ側であり、他薬剤との配合では注意が必要です。浸透圧はできるだけ生体と等張 (血漿浸透圧285±5 mOsm/L) が望ましく、高浸透圧は組織障害をきたす恐れがあります¹⁹⁾。皮下投与の適応がある薬剤の多くは、生理食塩液の浸透圧比が1程度であるのに対し、600 mOsm/L (浸透圧比約2) までは刺入部の疼痛が少ないとされています¹⁹⁾。海外の試験では154～845 mOsm/L (浸透圧比0.5～2.7) の輸液において皮下投与での安全性が認められています²⁾。

4. 有効性

高齢患者を対象に輸液の皮下投与と静脈投与の有効性を比較した前向き無作為多施設臨床試験では、栄養状態や生化学的指標では両群に差は認められなかったと報告されています²⁰⁾。他にも同様な試験が複数実施されており、水分補充や電解質・糖類の補充では皮下投与は静脈投与と同等の効果が認められています²⁾。オピオイドの皮下投与による疼痛管理に関しては緩和ケアや在宅で汎用され⁸⁾、その有用性が認められています。抗菌薬では、セフトリアキソンなど多くのセフェム系の皮下投与が実践され、有効性が認められています⁴⁻⁷⁾。海外ではテイコプラニンの皮下投与が実施されて

います。グラム陽性菌による骨感染症患者 30 人に対してテイコプラニンの長期間の皮下投与にて、血中トラフ濃度が平均 30 $\mu\text{g}/\text{mL}$ 以上を維持できていたとの報告があります⁷⁾。向精神薬では、せん妄に対するクロルプロマジンの持続皮下投与¹⁵⁾や、終末期がん患者の不眠に対するフルニトラゼパムの皮下投与¹⁷⁾などの有効性が報告されています。

5. 安全性

刺入部の発赤や疼痛、潰瘍の発生に注意が必要です^{9, 16)}。また、薬剤の浸透圧比が高い輸液や滴定酸度、滴定アルカリ度の高い輸液では組織障害が起りやすく注意が必要です¹⁾ (滴定酸度:ラクテック[®] 0.08 mEq/L、ソリタ[®]-T3号 0.90 mEq/L、ビーフリード[®] 6.85 mEq/L^{21, 22)})。糖液の補充は電解質を含まないことから、皮下の糖液注入部に血管内からの電解質が移行し、血管の電解質異常を悪化させることが懸念されています¹⁾。同様に、乳酸・酢酸加リンゲル液は静脈内投与にて血液内

で乳酸や酢酸が HCO_3^- に変換されるため、皮下投与にて血液の HCO_3^- が皮下に引き出され、アシドーシスを増悪させる可能性にも注意が必要とされています¹⁾。

6. さいごに

緩和ケアや在宅医療での注射剤の投与では皮下投与が行われている機会が多いことから、文献をもとに皮下投与されている薬剤を調査しました。医療機関によってはこれ以外にも皮下投与されている薬剤があるかと思えます。輸液をはじめ使用頻度の多い薬剤の大部分は皮下投与が承認されておらず、有効性や安全性が確立されていないことも多いことから、皮下投与する場合には、その必要性を明確にするとともに、場合によっては適応外使用の院内手続きを経る必要があると思えます。そして投与開始後の薬効の評価、および刺入部の異常の有無などについても注意する必要があると考えられます。

表 皮下投与が実践されている輸液・注射剤

薬剤	皮下投与 保険適応	薬剤	皮下投与 保険適応
生理食塩液	あり	アセトアミノフェン	なし
5%ブドウ糖液	なし	ビペリデン	なし
電解質液 (1, 3号液)	なし	ブチルスコポラミン	あり
リンゲル液	なし	アトロピン	あり
ビタミン類	なし	ベタメタゾン	なし
塩化カリウム	なし	デキサメタゾン	なし
セフトリアキソン	なし	リドカイン	なし
セフトジジム	なし	ハロペリドール	なし
セフェピム	なし	クロルプロマジン	なし
イミペネム	なし	レボメプロマジン	なし
カバクタム/ピペラシリン	なし	ミダゾラム	なし
クリンダマイシン	なし	フルニトラゼパム	なし
ゲンタマイシン	なし	フェノバルビタール	あり
アミカシン	なし	レベチラセタム	なし
テイコプラニン	なし	ドロペリドール	なし
塩酸モルヒネ	あり	ジフェンヒドラミン	あり
オキシコドン	あり	クロルフェニラミン	あり
フェンタニル	なし	ファモチジン	なし
ヒドロモルフォン	あり	メトクロプラミド	なし
ベチジン	あり	オクトレオチド	あり
ペンタゾシン	あり	フロセミド	なし
ブプレノルフィン	なし	トラネキサム酸	なし
ケタミン	なし	カルバゾクロムスルホン酸	あり
ケトプロフェン	なし		

Drug Information

引用文献

1. 日本緩和医療学会緩和医療ガイドライン委員会. 終末期がん患者の輸液療法に関するガイドライン 2013 年版. 金原出版. 2013.
2. Caccialanza R. et al. Subcutaneous infusion of fluids for hydration or Nutrition: A review. *J Parenter Enteral Nutr* 2018; 42: 296-307.
3. Sasson M. et al. Hypodermoclysis: An alternative infusion technique. *Am Fam Physician* 2001; 64: 1575-1578.
4. 小田切拓也ら. 緩和ケア病棟における, セフトリアキソンの皮下点滴使用と奏効率. *Palliat Care Res* 2014; 9(4): 121-124.
5. Roubaud-Baudron C. et al. Tolerance of subcutaneously administered antibiotics: a French national prospective study. *Age and Ageing* 2015; 175: 691-700.
6. Walker P. et al. Subcutaneous administration of cefepime. *J Pain Symptom Manage* 2005; 30(2): 170-174.
7. Samad E Y. et al. Tolerability and plasma drug level monitoring of prolonged subcutaneous teicoplanin for bone and joint infections. *Antimicrob Agents Chemother* 2016; 60(10): 6365-6368.
8. 服部政治. 緩和医療と専門的がん疼痛治療. *医学のあゆみ* 2015; 254(9): 731-735.
9. 荒木貢士ら. 持続皮下注射刺入部の発赤・硬結の出現頻度とその予防に関する検討. *Palliat Care Res* 2012; 7(1): 112-120.
10. Kawamata T et al. Pain management after lumbar spinal fusion surgery using continuous subcutaneous infusion of buprenorphine. *J Anesth* 2005; 19(3): 199-203.
11. Bredlau LA et al. Ketamine for pain in adults and children with cancer: A systematic review and synthesis of the literature. *Pain Medicine* 2013; 14: 1505-1517.
12. Moselli NM. et al. Long-term continuous subcutaneous infusion of ketoprofen combined with morphine: a safe and effective approach to cancer pain. *Clin J Pain* 2010; 26(4): 267-274.
13. Leheup BF et al. Subcutaneous administration of paracetamol-Good local tolerability in palliative care patients: An observational study. *Palliat Med* 2018; 32(7): 1216-1221.
14. Seah S E D et al. Subcutaneous lidocaine infusion for pain in patients with cancer. *J Palliat Med*. 2017; 20(6): 667-671.
15. 木内大佑ら. 難治性せん妄に対するクロルプロマジン持続皮下注射の有効性についての観察研究. *Palliat Care Res* 2019; 14(3): 169-175.
16. 矢吹律子ら. 向精神薬の持続皮下注投与における重篤な皮膚有害事象の発生頻度の検討. *Palliat Care Res* 2016; 11(1): 123-127.
17. 金石圭祐ら. 終末期がん患者の不眠に対するフルニトラゼパム単回皮下投与の有効性について. *Palliat Care Res* 2015; 10(2): 130-134.
18. Sutherland AE. Subcutaneous levetiracetam for the management of seizures at the end of life. *BMJ Support Palliat Care*. 2018; 8(2):129-135.
19. Usach I et al. Subcutaneous injection of drugs: Literature review of factors influencing pain sensation at the injection site. *Adv Ther* 2019; 36: 2986-2996.
20. Zaloga P. G. et al. Safety and efficacy of subcutaneous parenteral nutrition in older patients: A prospective randomized multicenter clinical trial. *J Parenter Enteral Nutr* 2017; 41(7): 1222-1227.
21. 武井佐和子ら. 先発・後発輸液製剤の物理化学的性質に関する検討 (第1報). *医薬品相互作用研究* 2016; 39(3): 7-16.
22. 勝山壮. キット製剤の功罪. *月間薬事* 2015; 57(9): 73-78.

(文責：国際親善総合病院薬剤部 島崎信夫)

くすりの広場

自惚れ薬剤師、実力薬剤師

国家公務員共済組合連合会 横浜栄共済病院 薬剤部 野間 俊吾

先生はどんな薬剤師を目指しますか？

薬剤師とは可能性に満ち溢れていると私は考えます。病院だけでなく、調剤薬局や営業、研究、予備校教師、麻薬取締官など、多くの選択肢があります。先生がその中で病院薬剤師を選んだのは理由があるのではないのでしょうか。私の場合、消去法や、なんとなくといったポジティブな理由ではありませんでした。そんな私ですが、入職して2～3年目で考えていたことを今回は正直に書かせていただきます。

病院内での薬剤師の立場とは？

医師からは社会的圧力で、看護師からは人数で圧倒されていると感じることや、薬剤師としての職能が理解されていないと感じることが多く、仕事にやりがいを見出せませんでした。モヤモヤしていた時に読んだ漫画『アンサンングシンデレラ』に登場する瀬野薬剤師はこう言っています。

「自分で自分の立ち位置決めちゃったら、そっから進めなくなるぞ？」※

その通りだと私は思いました。

入職前に想像していた薬剤師像と現実が異なっており、想像していた薬剤師にはなれないと、私は自分の立ち位置を決めていました。さらに言うと、6年制薬学部を卒業し、薬剤師国家資格を取得した自分には実力があると自惚れていました。

想像していた薬剤師像へ近づくためにも、実力をつけなければならないと私は決意します。

今は“資格≠実力”と考えています。資格はあくまで証明する条件であり、実力はその先にあるのではないのでしょうか。

私が考える“実力”とは、新しい資格や認定を取ることはありません。また、3年、5年、10年と何となく仕事を続けていれば必ずしも身につくものでもありません。時代の変化により、世の中から求められる“実力”も変わってきます。

経口血糖降下薬を例に挙げます。約30年前はSU薬とビグアナイド薬の2系統しかありませんでした。ところが、現在は7系統、約30種類（配合薬を含めるとそれ以上）も増加しています。薬が増えれば、選択肢も広がり、治療はより複雑になります。さて、30年後にはどうなっているのでしょうか？

能動的に行動しなければ、時代の変化に遅れてしまいます。進歩に伴い、これからの医療はさらに細分化されることや、AI導入による急激な変化も考えられます。

薬剤師にも“武器となる何か”が必要なのではないのでしょうか。

現在、私が目指しているのは“スポーツへ貢献する薬剤師”です。東京オリンピック開催により今後さらに注目される分野だと考えています。また、私は10代の頃からスポーツに携わ

りたいという強い気持ちがありました。

一人では何もできなかったため、まずは学会大会でアンチ・ドーピング活動をしている発表者へ直接話しにいきました。当時、緊張と期待で心臓の鼓動が聞こえました。これが私にとっての大きな一歩です。そのとき出会った先生を通じて、多くの先生とお話しができ、一緒に活動させていただくことで、自らを成長させる機会も増えました。今ではアスリート患者の対応だけでなく、講演会や学会大会での発表もできます。

私が目指す薬剤師は、日常業務との大きな関わりも病院への直接的な利益もありません。しかし、薬剤師の在り方を考え、経験や成長できたことは自信へ繋がっています。

私と同じように薬剤師の立場や、やりがいについて考えている先生はいらっしゃると思います。自分の目指すべき薬剤師像が見つかった時、日々の業務に対する向き合い方やモチベーションは大きく変わるのではないのでしょうか。

世の中には様々な薬剤師がいます。アイデア次第では未開拓の活躍の場もあるでしょう。

先生はどんな薬剤師を目指しますか？

【引用】

※荒井ママレ 『アンサンブリングシンデレラ』 第1巻 徳間書店 2018 p.14

患者さんへ伝えるということ

済生会神奈川県病院 薬剤科 竹井 静

伊藤羊一さんの著書「1分で話せ」にこんな文があります。「人は相手の話の80%は聞いていない。」この文をはじめ見た時、80%も聞いていないのか！と驚きました。しかし本を読み進めているうちに、確かに…話が長ければ長いほど、興味がなければいほど次の日には忘れていく。80%は妥当な数字だと思ふようになりました。自分が伝えたいことを話せば、人は話を聞いてくれるというのは誤解で、自分が話したことが全て相手の頭の中に残っているという事は不可能である。コミュニケーションとはそういうのだ。すべては伝わらない。また、そのことを理解した上で伝えたいことを相手の頭の中に残し、相手を動かすためにはどうすべきかということが書かれていました。

患者さんに有益なアドバイスができるよう、治療がうまくいくようにと、私たち薬剤師は薬について説明します。伝えたいという想いは患者さんに伝わっているでしょう。しかしここで、ちょっと考えてみてください。自分が苦手な知識不足分野の研修会に参加した時のことを。

難しい言葉や理解できない言葉が出てきた時に、そのことについて考えているうちに、話はどんどん進んでしまい、さらにわからなくなっているという経験をしたことはありませんか？患者さんにとって難しい言葉やわかりづらい説明、一方的な説明になっていませんか。そのような状況では「患者さんは80%聞いていない」ということになっているのではないのでしょうか。患者さんのために思って伝えたことが患者さんの頭の中には残っていないのです。

私はこれまで糖尿病の患者さんと多く関わってきました。

薬剤管理指導では内服薬の指導の他に自己血糖測定の測定時間の確認や注意事項、インスリンの使用法や保管方法・故障時の対応、低血糖の対処方法などたくさんの情報を患者さんに伝えています。

正確な知識を伝えても患者さんの心に届かない、頭に残らないとしたら、それはセルフケアには活用されない情報となってしまいます。説明書やインパクトのあるワード、経験談などを使って話すようにしていますが、それでも一定数の患者さんは高血糖で繰り返し入院してきますし、入院には至らないが、血糖値コントロール不良で外来受診している患者さんを見かけます。私たちが伝えた正確な情報は頭に残らず、行動変容につながっていないということの現れなのかもしれません。そのような患者さんを目の当たりにし、糖尿病療養指導の難しさを日々実感しています。薬剤指導という限られた時間の中で、患者さんが必要としている情報を提供できているのだろうか、頭に残る伝え方はできているのだろうか悩む日々です。

糖尿病の代表的なセルフケア行動として「食事」「運動」「服薬」「自己血糖測定」「自己注射」などがあげられます。医療従事者と患者さんが一緒に決定した目標をどれだけ達成できたかを振り返った結果では、食事と運動がおおむね50%前後の達成率であり、服薬や自己注射は90%以上が達成できているという結果となっています。「生活習慣を変えるということがいかに難しいかという結果」だと言われています。服薬、自己注射達成率は90%以上だから薬剤師として、これでよしではなく、チーム医療の中で薬剤師、糖尿病指導療養士として患者さんと共に歩めるサポートができるよう努めたいと思います。

日々進歩する医療の中で、まだまだ私自身山ほど勉強しなくてはいけないことがあることを自覚しています。その努力を惜しまず、患者さんに伝えたいことが患者さんの治療につながるような指導を心がけていきたいと思っています。

患者になってわかったこと

済生会若草病院 薬剤部 西野 美沙

普段は服薬指導をする立場ですが、私自身が何度か入院・手術を経験したのでこのとき感じたことをお話ししたいと思います。

まず、医師から病気について説明をされ、いずれは手術が必要になると言われたとき受け入れるのに非常に時間がかかりました。

入院が検査目的か治療目的かでも違うと思いますが、入院前は緊張し不安な気持ちになります。入院当日は病棟内の設備や生活面での説明を受け、その後、手術の流れや手術のリスク、麻酔の説明、服薬指導があります。ここで感じたのが、初日に説明されることが多すぎて覚えきれないということです。そのため、多くの患者さんは手術後には薬のことは忘れてしまうだろうと思いました。口頭での説明だけでなく薬品情報提供書などを渡しておくとも患者さんも空いた時間に見て思い出してくれるだろうと思いました。また、手術前に禁飲食となりますが、禁食よりも飲水禁止が辛いと個人的には思いました。そして当日、手術着に着替え、末梢のルート確保が終わるといよいよ手術の実感が湧いてきます。手術室に向かい、看護師同士の引き継ぎが終わり、麻酔科医が麻酔をかけ始めます。硬膜外麻酔は猫のように背を丸めた姿勢でカテーテルを入れていきます。局所麻酔を使っても背骨の中にカテーテルが入るときは鈍い痛みがあります。次に全身麻酔です。最初うとうとしていつの間にか眠ってしまい、意識が戻った時には手術が終わっています。体感としては一瞬です。そして同時に、しばらくの間ベッドから起き上がることができなくなります。身体には酸素マスク、心電図モニター、パルスオキシメーター、弾性ストッキング、フットポンプ、硬膜外麻酔、末梢点滴ルート、尿道カテーテル、手術部位のドレナージ用ドレーンなどがついていて全く動けません。更に起き上がることも禁止です。手術部位や術式によって付いているものの違いがあり、外すまでに日数を要することもあります。寝返りができないのでクッションを挟んで体位を変えますがモニター、カテーテル類があるので一苦勞です。飲水も指示あるまで禁止です。酸素マスクをしていると口が乾きますが動けないため、うがいも看護師に介助してもらいます。頻繁にうがいをお願いするのは気が引けるので早く飲水可の指示が欲しいと思いました。フットポンプが外れて足の自由が利くようになるだけでも嬉しさがありましたが、尿道カテーテルが外れた時の喜びは一入です。年齢的や性別的な違いがあるようですが、尿道カテーテルが動くときに違和感があり何よりも辛いと自分では思いました。離床可となると久しぶりに歩くことと点滴棒やカテーテル類をつけたまま歩くことが難しいため病棟内を一周するのも一苦勞です。ガスが出てから食事再開となるため、歩いて腸の動きを良くします。食事が開始となり少しずつ回復してくると入院生活は非常に暇です。消灯時間は早いし、運動量が少ないためなかなか眠れません。また大部屋は他人の生活音が気になるためほとんどの時間イヤホンをしていました。患者さんが早く退院したいという気持ちが分かったような気がしました。

何度か入院を経験したことで患者さんの生活面や術後の不便さを知ることができました。また、以前まで急性期の病院に勤めていたため服薬指導の件数をこなすことに精一杯でしたが、現在の病院に転職し、一人の患者さんへかけられる時間が増えたため患者さんの生活を意識した指導するように心がけています。

お薬手帳にない『薬』

鶴見大学歯学部附属病院 薬局 伊藤 しのぶ

私の勤務する鶴見大学歯学部附属病院は、一般歯科、矯正歯科、小児歯科、口腔外科、内科、眼科の診療科を有する歯科がメインの病院で、私は入院患者さんへの薬剤指導を主におこなっています。外来患者数は1日平均800人を超えるのですが、歯科の入院となると件数が少なく、病床数32床のアットホームな病棟です。歯科病院で働いていると話すと、え？どんな人が入院しているのですか？とよく聞かれます。それもそのはず、薬学部でも看護学部でもほとんど習う事のない疾患が多く、口腔がん、顎変形症、菌性感染症、顎骨の外傷、口唇口蓋裂、難抜歯、など色々な患者さんが日々入院してきます。

そんな、歯科病院の病棟で、私がいつも苦勞しているのが持参薬管理です。そもそも、外来受診時に歯科医師が常用薬を確認してカルテ記載してあるのですが、いざ入院すると持参薬とピタリと一致する事は、まずありません。歯医者さんだから全身の病気は関係ないだろうと思って患者さんが言い忘れていたり、常用薬は正確に申告したのに、入院すれば内科の薬も出してくれると思って常用薬を一切持って来なかったり。また、手術後は口腔内手術だと経管投与になる事があり、事前に散剤やOD錠に処方変更して持参している事もあります。そんな、こんなで、入院時の持参薬は、事前に聞いていた常用薬と異なる事が多いのです。

なので、入院時に持参薬を預かると、今日はどうか？と思いながら持参薬を開けるのです。私は持参薬とお薬手帳を照合し、相互作用の確認、手術前後の中止薬の有無や、基礎疾患の確認、処方変更されている場合は変更内容や理由、処方量と持参数の違いからわかるコンプライアンスなど、薬からわかる情報を整理するのですが、これが、時に大変な作業になる事があります。

何年も保管していたであろう古い薬、個人輸入した薬、ご家族に処方された薬、美容外科や漢方薬局など保険外の薬…などなど。薬袋もなくお薬手帳に記載もない『薬』たち。そんな『薬』には危険と共に、患者さんの悩みや事情が隠れています。もちろん、そんな『薬』は服用中止等、適正な薬物治療に変更したいのですが、患者さんの事情も理解せずにただ中止しても、隠れて服用したり、退院後に再開したりしてしまうのです。なので、私は患者さんの悩みや不安が少しでも解消できるよう、なぜ飲んでているのかを聞き出し、より最善の選択肢を患者さんと一緒に考えるように心がけています。しかし、初対面の患者さんから、本音を聞き出すのはとても難しく、黙りこんでしまったり、怒らせてしまう事もあります。そんな時は、看護師や歯科医師など他のスタッフに助けてもらっています。小さな病棟なので普段から歯科医師・看護師・栄養士など多職種で、返書や検査データ等も見ながら、患者情報を共有しているので、患者さんも含め、コミュニケーションがとりやすい環境である事に本当に感謝しています。

これからも、患者さんにとってよりよい薬物治療が選べるよう知識を身につけ、また患者さんの気持ちに寄り添えるよう、コミュニケーション能力を磨いていきたいと思っています。

薬剤師として私が心掛けたいこと

国家公務員共済組合連合会 横浜南共済病院 薬剤科 原田 優

横浜南共済病院（以下当院）は横浜市南部に位置する病床数 565 床の地域医療支援病院です。私は、病院薬剤師としての勤務年数は 4 年目になりますが、当院へは昨年 8 月に入局しました。薬剤科は、とにかく明るいスタッフが多く個性豊かで、毎日楽しく助け合いながら業務に取り組むことが出来ます。現在は呼吸器内科と内分泌代謝内科の病棟業務を兼任していますが、その中で感じたことや心掛けたいことについて記載します。

私が患者さんに接するうえで心掛けていることの 1 つ目は良い準備をすることです。肺がんの患者さんと接する際には、レジメンのチェックや過去の治療歴などから分かることを正確に読み取ったうえで、服薬指導を行います。こうすることで、患者さんそれぞれの悩みに寄り添うことが出来ることを学びました。また、知識不足では患者情報から読み取れることも限られてしまうため、日々の勉強も大切だと考えています。服薬指導は患者さんと会う前から始まっていると意識して、十分な準備を行っていききたいと思います。

2 つ目は患者さんと真摯に向き合うことです。糖尿病の教育入院で入院する患者さんの中には、生活リズムの乱れや内服の必要性を感じない等の理由で、薬を飲み忘れてしまうとお話される方が多くいらっしゃいます。服薬アドヒアランス向上のため、細かく薬効を説明したり、必要に応じて分包を提案したりと色々な手を尽くすのですが、患者さんの意識が中々変わらず、諦めたくなる場面も多々あります。それでも、薬剤師が諦めて患者さんを見捨ててしまうことは、取り返しのつかない状況を招いてしまうこともあります。自分だけで解決出来ない時には経験豊富な周りのスタッフと相談し、諦めずに患者さんの為に何が出来るのか考え行動し続けることが大切だと考えています。

私が患者さんの服薬アドヒアランスを良くしたいと思うようになったきっかけは昨年亡くなった父の最期にあります。父は降圧薬 1 種類を毎日欠かさず、きちんと内服していましたが、急変してしまいました。あれ程アドヒアランス良く内服していても、死につながってしまう怖さを思い知らされました。患者さんに対して少しでも長く幸せに生きてほしいと心に思いながら、お薬を通して患者さんと深く向き合っていきたいと思っています。

最後に、私は病院薬剤師としての生涯をかけて、患者さんに接するうえで良い準備をし、患者さんと真摯に向き合うことを心掛けて日々努力していききたいと思います。



リハビリテーションカンファレンス参加による薬剤師の関わり

横浜なみきリハビリテーション病院 薬剤科 石井 紗代子

当院は回復期リハビリテーション病棟、障害者病棟、医療療養病棟を有する224床の病院です。以前から薬剤師のカンファレンス参加を検討していましたが、調剤業務、医薬品管理業務、医薬品情報（DI）業務、薬剤管理指導業務を優先し、介入には至りませんでした。その後、業務体制も整い、2018年10月より回復期リハビリテーション病棟の一病棟から参加しています。

当院のリハビリテーションカンファレンスは、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、社会福祉士が参加しています。カンファレンスは月1回実施され、他職種により現在の患者様の状況を報告し、退院の方向性を検討していきます。薬剤師としてのカンファレンスでの関わりは、服薬管理状況報告、服用中の薬剤について減量検討、必要時薬剤の提案、検査値から副作用有無の確認報告、転倒転落に注意する薬剤について情報提供を行っています。カンファレンスに参加して良かった点としては、他職種との連携が増えたことが挙げられます。以前はあまり医師と直接話す機会が少なかったのですが、コミュニケーションも増えてきて、患者様から相談された薬について、薬剤師が直接主治医に話す機会も多くなりました。医師からも薬について直接質問されることが多くなり、他職種からも薬剤で注意する点について知ることができて勉強になっているという話を直接聞くことで、チーム医療の一員として頼られていると強く感じるようになりました。

当院でも複数の疾患を持つ患者様が多く入院され、ポリファーマシーの問題も挙げられています。10種類以上服用されている患者様で、便秘症の改善がみられない症例について症例検討会を実施しています。まず患者様の訴えを傾聴し、薬効の重複している薬剤中止や便秘の副作用がある薬剤中止の提案をカンファレンス参加の際に報告し、実際に主治医が処方中止することに繋がりました。2020年4月の診療報酬改定に伴い、今後はより一層、適切な服薬に繋げるにより、評価される時代になってきています。患者様1人1人の良質な医療提供に貢献することが求められていると感じています。

現在は回復期リハビリテーション病棟全病棟へのカンファレンス参加を実施し、多くの脳卒中疾患や整形疾患に介入することができています。医師の治療方針や画像診断について学ぶ機会も増えて、他職種の業務内容について学び、わからないことは調べて理解するなど、日々勉強することが大切だと考えさせられています。カンファレンスでは、薬の専門家として薬剤治療の知識を求められることも多く見受けられます。新薬も次々と出てきているため、様々な治療薬に目を向けて学ぶことは大切ですが、治療薬だけについて理解するのではなく、病態や患者背景についても把握して理解することも重要であるため、違った視点での情報収集を行い、学ぶことが必要だと考えています。

私はリハビリテーションカンファレンスに参加したことにより、薬剤師としてのやりがいにより一層見いだすことができました。他職種との連携により患者様の治療が有効であるために、カンファレンス参加を継続していきたいと考えています。今後も現場に求められ、頼り頼られる薬剤師であり続けるために、自己研鑽に努めていきたいと思えます。

済生会横浜市東部病院での化学療法業務に携わって

済生会横浜市東部病院 薬剤部 香取 史菜

当院は標榜診療科 25、病床数 562 の急性期医療を提供する総合病院です。三次救急や災害拠点病院、がん診療連携拠点病院としての機能も有しています。薬剤部では現在、50 名の薬剤師が在籍しています。当院薬剤部の薬剤師は調剤だけでなく、病棟や手術室、周術期外来、化学療法室への常駐や各チーム医療に携わりながら業務を行っています。

私は今年の夏に転職し、当院へ入職しました。前職も病院薬剤師でしたが実際に働き始めると同じ職種でも施設毎に様々な差があることに驚きました。処方代行入力制度を利用した PBPM（プロトコルに基づく薬物治療管理）により薬剤師が電子カルテの処方修正を直接行えるため、医師への処方提案がスムーズに行えることが最大の差であると感じます。

私は現在、主として外来化学療法室での業務に携わっています。化学療法室の業務は、大きく分けて抗がん剤の調製、そして薬剤師外来の業務により成り立っています。

抗がん剤調製は化学療法担当者によるカルテチェックを行った後、混注を行います。カルテチェックは当日の検査値や処方内容などを主として行っています。この段階で減量基準にかかっていることや、必要な内服薬の処方漏れなどに気付くこともあり、介入のきっかけとなります。化学療法を行う患者にはほぼ全例に服薬指導が行われています。さらに薬剤師外来では、外来主治医からの依頼を受け、服薬指導に加え、患者の同意取得の支援も含めた業務を行っています。具体的には、単純に化学療法のスケジュールや副作用について説明するだけでなく、お薬手帳の確認による相互作用チェック、問診を通じて副作用のリスクを評価し適切な支持療法の提案なども併せて行っています。具体例として、不安が強い場合や過去の化学療法で嘔吐の経験がある場合など悪心・嘔吐のリスクが高いと判断した症例について制吐剤の強化を提案することなどが挙げられます。前述のように、注射・内服とも PBPM や医師に確認した上での処方修正を薬剤師が行えるため、以上の提案を円滑に行うことができ、医師の業務負担の軽減にも貢献しています。

点滴での化学療法を行っている患者さんには導入時の服薬指導以外にも点滴中に伺って、治療開始後の副作用評価を行うなど、継続したフォローを図っています。実際に、導入数週間後に皮膚障害などの副作用が出現する症例を多く経験しており、化学療法開始後の薬剤師によるフォローが重要であることを改めて強く感じています。

また、当院では 2013 年からレジメン名を含んだ点滴内容を記したお薬手帳シールの交付とホームページ上でレジメンの公開を行うことにより、地域の保険薬局との連携を重視してきたことも特徴の一つです。

一方で、内服の抗がん剤単独の症例は導入時の服薬指導のみにとどまっており、継続したフォローは行えていません。注射の抗がん剤で副作用のマネジメントに貢献出来ているからこそ、今後取り組むべき課題の一つではと感じています。これにはマンパワー的な問題が大きいので、化学療法に携わることの出来るスタッフの育成も中長期的な課題として視野に入れていく必要があると思います。

転職という大きな過程を経て、病院薬剤師の役割について改めて見返す良い機会となったように思います。昨今がん治療に関わる新薬が続々と登場しており、治療方法や薬の使い方も複雑化しています。当院のような市中病院では、化学療法に必ずしも専門的ではない医師が治療に関わることもあり、薬剤師によるマネジメントがより重要であると感じます。今後も研鑽に励み、安全な化学療法に貢献していきたいと思っています。

くすりを飲んでもらうために出来ること

医療法人社団景翠会 金沢病院 薬剤科 黒川 彩香

私が勤める金沢病院は、金沢区にある急性期病棟・地域包括ケア病棟・回復リハビリテーション病棟を有する162床の病院です。夏には八景島シーパラダイスの花火を病室や調剤室から観ることができるロケーションに在ります。入院治療の対象となる診療科は主に整形外科と内科です。薬剤師の主な業務内容は、入院患者さんの調剤・監査、注射調剤・監査、薬剤管理業務、持参薬鑑別、院外薬局からの疑義照会の対応などです。現在、薬剤師8名で業務を分担して行っています。

当院に入院される患者さんは自宅から来る方もいますが、介護施設や他の病院から転院してくる方も多くいます。そのほとんどが80～90歳代と超高齢者です。そんなご高齢の患者さんと多く関わっていく中で、薬を飲むことが難しい人が多い事を知りました。病棟から「錠剤を飲むのが難しいので潰してくれないか？」という連絡がきた時は、簡易懸濁かそれとも粉碎しなければいけないのかといったことを主治医、看護師、ST（言語聴覚士）から収集した情報を基に決めていきます。

何故飲めないのか聞いてみたところ、OD錠が口の中に残ってしまう事があるということを知り、驚きました。OD錠は、口の中で唾液や少量の水で溶けるようにした薬です。しかし、高齢者は唾液量が少なく口内を舌で拭うことも難しいため、錠剤が口内に残ってしまうのです。それが口内環境の悪化を招き、誤嚥性肺炎のリスクを高めてしまいます。散剤に剤型を変更できれば良いのですが、院内採用薬が限られているため、調剤方法を工夫して対応する必要性がでてきます。

これまで、粉碎によって期待する効果が得られなくなる徐放製剤や粉碎により医療スタッフが暴露する危険性のある抗がん剤があることを知らない看護師が、病棟で錠剤を潰してしまう事があったため、製剤の違いをよく知っている薬剤師がより深く介入しなければならないと感じました。そこで、添付文書やインタビューフォーム、製薬会社のサポートセンターに問い合わせ調べて結果を表にまとめ、各病棟とSTへ配布しました。当院では夜間や祝日に薬剤師が不在になることがあり、その時に配布した表を参考にしてもらうことで、看護師が製剤の特徴を理解することができるようになり、投与時の事故を減らせるようになりました。

また、普段から類似薬の提案や剤形変更の提案で医師と話をしたり、患者さんの様子を一番よく把握している看護師と話をしたりする機会はありましたが、STとの接点はあまりありませんでした。しかし、嚥下能力が低下している患者さんにはSTが介入し、薬の服用状況の評価などを行っているため、情報を共有する機会を今までよりも多く持つようになりました。

病院薬剤師としてまだまだ未熟であり、毎日学ぶことが多いですが、患者さんに正しく必要な薬を飲んでもらうために他職種と関わりを持ち、多くのコミュニケーションをとりながら、薬剤師として患者さんに最善を尽くせることは何かを考えながら日々成長していきたいと思えます。

外国旅行と薬局

神奈川県立病院機構 神奈川県立循環器呼吸器病センター 薬剤科 松本 麻美

この記事を書いている今、世間は新型コロナウイルス流行で緊急事態宣言が出されています。不要不急の外出を自粛したり、いわゆる「3密」を避けたり、病院薬剤師会の研修会も延期や中止になったりと、日常生活もままならない状況です。気分が暗くなりがちなので、今回は、あえて新型コロナとは違う話題を書いてみようと思います。

私は旅行が好きです。まだまだ行ったことのない国や地域がたくさんあって、本当にたくさん旅行をされている方からすれば初心者ですが、外国への旅行も好きで、友達との旅も、一人旅も行ってしています。日本とは違う文化や習慣に触れたり、現地の美味しいものを食べたり、美しい景色を見たり、外国旅行の楽しみ方はたくさんあると思います。その中でも私は、外国旅行に行った際に現地の薬局を訪れることも楽しみの一つとしています。

日本では処方箋がないと買えない薬が市販薬として売られていたり、ビタミン B12 製剤の注射薬（日本と同じ包装でした）が空港の薬局で売っていたり。見ているだけでもわくわくしています。見るだけでなく、薬を買ってみたりもしています。外国語は基本的にわからないので、中身がわかるもので、どこの国でも売っていきそうなアセトアミノフェンを買って家に帰ってから眺めています。薬の箱に点字が打ってあって感動したり、いくつかの国の同じ薬を並べてみたり、添付文書を眺めてみたりしています。

以前、ベルギーのブリュージュに行った際には、歴史のありそうな薬局に入ってみたときに、思い切って薬剤師の方に話しかけてみました。恥ずかしながら、もともと英語はほとんどしゃべれないのですが、片言の英語でなんとか「私は旅行中の薬剤師で薬局を見に来ている」ことを話しました。片言の英語でなんとかコミュニケーションをとり、少しお話することができました。その薬局には、薬剤師専用の芳名帳があり、その薬局に様々な国から薬剤師が訪れていて、様々な方がサインをされていました。私だけでなく、他の国の薬剤師も、外国旅行の際に薬局を訪れている人がたくさんいることを知り、薬局を訪れることがより楽しくなりました。他の国の薬剤師の方と話すことは無いので貴重な経験となりました。



ドバイの空港の薬局で見かけたビタミン B12 製剤の注射薬



ベルギーの薬局で薬剤師専用の芳名帳にサインしてきました。

もう少し英語が話せれば、もっとたくさん話を聞くことが出来たり、忙しくなさそうなおときには薬剤師の方にも声をかけたりできるのにと、残念な気持ちにもなります。旅行中だけでなく、外国人の患者さんが来たときに十分なコミュニケーションが取れなくてもどかしい気持ちになるときにも、少し英語が話せればと思うことがあります。

今は新型コロナウイルスの影響で、外国への旅行だけでなく、国内旅行も自粛していて、旅行好きには、少しつらい状況ですが、この時間を使って英語の勉強をしてみようと思っています。外国人の患者さんにも英語で説明が出来るといいとか、次に旅行に行ったときにはもう少しいろいろなことを話したりできると今まで以上に旅行が楽しめるのではないかと考えています。



こんなにも安全を守る薬剤師

平和会平和病院 薬剤科 滝川 亜弥

生じたインシデントに対策検討をするばかりが医療安全ではない。当院で仕事をしているとそう実感することが多い。

心機一転、大学病院から転職し7年目。地域に根ざした医療を展開する当院は、一般病棟90床、緩和ケア16床、療養40床のケアミックス病院である。患者さんへの寄り添い方、医師・看護師等各スタッフとの関わり方が深く細やかで、当初は驚きの連続であったが、新たな学びが多くあった。その一員でいられることを誇りに思う今日この頃である。

薬剤師は常勤7名・非常勤1名で、非常勤者は調剤等中央業務を中心に、常勤者は中央・病棟・外来の全業務を行っている。

病棟業務では持参薬から退院処方まで、とにかく薬の全てを管理している。処方切れも把握し、患者面談や各種データを基に処方継続か否かについて主治医と共に検討する等、薬物療法に積極的に関わっている。

また、緩和ケア・がん化学療法・褥瘡・骨粗鬆症・感染対策・栄養サポート等、チームと名の付く全てに薬剤師を配置し、各種委員会にも名を列ねる。そして、そこでの指導力・発言力・求心力がものすごい。他職種が必ずしも気概が揃わないこともある中、患者さんがより良い方に向かうよう、薬剤師がチームを導いている場面が多く見受けられる。

感染専門医不在の当院では、抗菌薬投与量設計はもとより、薬剤選択の相談が薬剤師に来る。がん化学療法では治療法選択のインフォームドコンセントに薬剤師が同席する等、常時医師を支え患者に寄りそう。緩和ケア回診時は必ず同行し、治療方針を巡り医師と激論を交わすこともある。等々、チーム内で薬剤師が果たす役割は大きい。

多角的な視点で仕事をすることで、危険回避に一役買うことも多い。

骨粗鬆症注射剤導入時、薬剤師は患者説明前の適応確認に余念がなく、データが古すぎて腎機能や血清Ca値が評価不能であれば追加で採血依頼をし、その結果薬剤変更へ導いたり、歯科治療中を聞き出し治療再検討に導いたりする。

脊椎外科手術予定が決まると、薬剤師は服用薬に加え検査データ・生理検査結果・他医療機関情報提供書等を確認するのだが、その中で、このまま手術に臨むと危険なのでは、と思うことがあると主治医に照会している。例えば、心疾患は無いと言っていた患者さんの心電図が正常でなかったため、循環器医に診てもらった方が良いのではないかと主治医に進言し、結果、危険が判明し手術延期になったことがある。

手術決定後も循環器医・麻酔科医が非常勤の当院では、不安なことも多い。特に心疾患合併患者さんでは、術後に血圧脈拍等がどう変動するのか心配なため、麻酔科医が帰宅してしまう前に手術室に向き、術中の様子を麻酔科医に確認し、必要があれば指示を受け、ポンプ等機器や薬剤を病棟に準備し病棟看護師に申し送ったりする。

薬剤師が関係各所を走りまわることによって安全に寄与しているといっても過言ではない。それは薬剤師の仕事なのか、と思うかもしれない。でも、誰かが気づき行動することが患者さんの安全につながるのであれば、それが薬剤師であっても良いのではないか。

素晴らしいことに、薬剤師同士での協議は日常である。「ちょっと聞いて…」「今日の入院患者さんさあ、…」といった相談が飛び交っている。ちょっとした違和感を言葉にすることで、

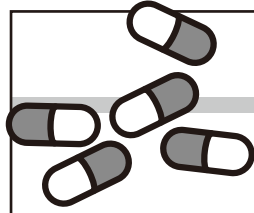
くすりの広場

一人では及ばなかった気づきが得られることがある。ふと、新人で勤めた大学病院で、ある先輩に「雰囲気は自分達で作るもの」というお言葉をいただいたことを思い出す。当院薬剤師は自然とこれを体現しているのだ。

学生時代、「より安全な医療を提供する」という言葉を使用した際、実習先の医師の一人から、「医療は元々安全“な”ものだから、より安全“に”という表現にきなさい」とご指導をいただいたことも思い出す。

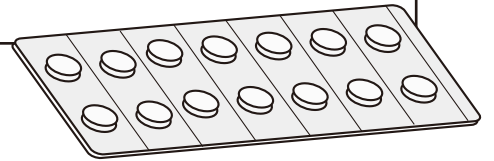
これからも、より安全に医療を提供することにつながる仕事をしていきたい。





編集後記

病院で学んだ手洗い方法を2歳の娘に教えたら、すぐに覚えて実践してくれました。これからは、私の手洗いも見られているため気を抜けません。きちんと習慣付けないと指導を受けることになるでしょう。(H.U)



神奈川県病院薬剤師会雑誌 第52巻2号

令和2年7月30日発行

編集発行 公益社団法人神奈川県病院薬剤師会
〒235-0007 横浜市磯子区西町14-11
神奈川県総合薬事保健センター406号室
TEL 045-761-3345 FAX 045-761-3347
<http://www.kshp.jp/>

発行責任者 金田 光正
喜古 康博

委員 青野 裕子／井口 恵美子／宇野 洋司
小杉 満孝／後藤 洋仁／齊藤 達郎
竹島 秀司／富田 彰子／野村 恭子
藤巻 智則／宮坂 優人／山崎 勇輝

印刷 (株)横濱大氣堂
〒231-0016 横浜市中区真砂町4-40
TEL 045-641-4161